

DES HÉMORRHAGIES

N° 47

APRÈS

L'AMYGDALOTOMIE

ET DU TRAITEMENT

PAR L'IGNIPUNCTURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

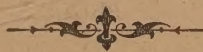
Le 2 Juillet 1892

PAR

Jean SALTAS

Né à Cydoniæ (Asie-Mineure), le 20 janvier 1863

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Place de la Mairie, ancienne Faculté des Sciences

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)	
Pathologie interne SARDA (Ch. du c.) . . .	N...
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des mal. des vieillards. .	MM. REGIMBEAU (*)
Histologie.	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Pathologie externe. (ch. de c.)	ESTOR, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (*)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .	MM. GAIRAUD, <i>agrégé</i> .
TEDENAT, <i>professeur</i> .	ESTOR, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A M. le Comte Auguste D'ESPOUS

Hommage respectueux.

J. SALTAS.

A MON CHER FRÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

J. SALTAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Mon excellent Maître

Monsieur le Docteur FORGUE

PROFESSEUR D'APPAREILS ET OPÉRATIONS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

J. SALTAS.

A Monsieur le Docteur TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON CHER MAITRE

Monsieur le Docteur GRYNFELTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. SALTAS.

INTRODUCTION

Ecrire une thèse sur les hémorrhagies après l'amygdalotomie, n'est pas aborder une question nouvelle.

Déjà trois ou quatre de nos collègues avant nous, avec beaucoup de talent, ont traité un sujet analogue en le rangeant parmi les complications consécutives de l'amygdalotomie.

En le reprenant à notre tour, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale. Notre but, plus modeste, est d'insister particulièrement sur l'anatomie des amygdales et surtout sur leur vascularisation mise en lumière depuis quelques années seulement.

Nous diviserons en trois parties l'étude que nous avons entreprise et nous traiterons ainsi successivement :

- I. — De l'anatomie des amygdales ;
- II. — Des considérations cliniques ;
- III. — Du traitement par l'ignipuncture.

Nous espérons que nos juges voudront bien accueillir nos efforts avec leur bienveillance habituelle et qu'ils se rendront compte de la difficulté que nous devons fatalement éprouver

en écrivant notre thèse dans une langue qui n'est pas la nôtre.

La reconnaissance nous impose ici un devoir, et nous fournit ainsi le meilleur avant-propos de notre étude.

Nous avons à remercier M. le professeur Grynfeldt, à qui nous sommes redevable de bien des services.

Grâce à l'attention particulière qu'il nous a accordée, nous avons pu mettre à profit toutes les observations de sa clinique.

L'occasion qui nous est offerte aujourd'hui ne nous sert qu'à manifester un sentiment que nous éprouvions depuis longtemps déjà.

Que M. le professeur Forgue, qui pendant le cours de nos études médicales s'est attiré toute notre reconnaissance par ses bienveillants conseils, l'avenante amabilité qu'il nous a prodiguée pour la direction de nos travaux, et qui a bien voulu nous inspirer lui-même l'idée d'entreprendre ce travail, veuille bien accepter encore une fois l'hommage de notre profonde gratitude, de notre entier dévouement ainsi que nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette Thèse.

Nous remercions également M. le professeur Tédénat pour les indications qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous devons aussi mentionner parmi ceux qui ont bien voulu nous aider de leur science et mettre leur talent à notre disposition, M. le professeur-agrégé Reclus (de Paris), qui nous a complaisamment fourni d'utiles renseignements au cours de notre travail.

Nous associons à ces témoignages de sympathie tous nos Maîtres de la Faculté, et nous les assurons qu'ils garderont toujours à bien des titres, une chère place dans notre cœur, même en quittant ce pays, d'où nous emportons le souvenir d'un accueil si hospitalier.

DES HÉMORRHAGIES

APRÈS

L'AMYGDALOTOMIE

ET DU TRAITEMENT

PAR L'IGNIPUNCTURE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DES AMYGDALES

Les amygdales ou tonsilles se présentent sous la forme la plus connue d'une amande dont le grand axe, à peu près vertical, est légèrement incliné en bas et en arrière, la grosse extrémité en haut. La petite extrémité est séparée en bas de la langue par un espace de quelques millimètres. De couleur rouge pâle lorsqu'elle n'est pas enflammée, glanduliforme, elle est située sur les côtés de la base de la langue, dont elle est séparée par une distance de 8 à 10 millimètres sur les parties les plus reculées de la cavité buccale, dans une excavation formée par les piliers qu'on aperçoit en faisant écarter les mâchoires. Sa direction est oblique d'avant en arrière et

de dehors en dedans, à cause de la disposition naturelle, qui fait que les piliers postérieurs sont plus rapprochés de la ligne médiane que les antérieurs.

Grâce à cette disposition (qui est souvent exagérée par l'ouverture de la bouche qui entraîne la tension des piliers, et par les mouvements spiroïdes qu'on constate en comprimant la base de la langue) l'exploration de la cavité buccale est bien plus facile.

Les rapports de l'amygdale dans la fossette amygdalienne sont les suivants : sa face interne est libre et variable de forme et de volume.

C'est cette face interne qui, dans les cas inflammatoires, vient presque en contact avec la face interne du côté opposé. Elle présente une quantité d'orifices variables de forme et de dimension, sur une même tonsille, ou sur des tonsilles appartenant à des sujets différents. La partie supérieure est en rapport avec le voile du palais et la luette, dont elle est séparée par une petite cavité, fossette sus-amygdalienne, qui est plus ou moins agrandie, d'après la position qu'occupe l'amygdale dans l'excavation, qui d'ailleurs est bien variable.

L'amygdale, ne remplissant pas complètement l'excavation, laisse en haut et en bas deux fossettes connues sous le nom de fossettes sus et sous-amygdaliennes. Sur les côtés, l'amygdale est en rapport avec les piliers, qui, en haut, viennent s'insérer sur un point commun du voile du palais (la luette), mais qui en bas vont en se divergeant pour se porter : l'antérieur (formé par le muscle glosso-staphylin) sur les parois latérales de la langue, tandis que le postérieur (formé par le muscle pharyngo-staphylin) sur les parois latérales du pharynx. Sa face externe adhérente est en rapport avec le muscle amygdalo-glosse, le muscle constricteur supérieur du pharynx, le stylo-glosse et plus loin avec l'aponévrose buccinato-pharyngienne, le muscle ptérygoidien interne, l'angle de la mâchoire et un

tissu cellulaire lâche ; enfin elle se trouve en rapport avec les vaisseaux dont nous allons parler en détail en nous occupant de l'anatomie topographique des amygdales.

Un point capital dans l'étude du rapport des amygdales est celui qu'elles présentent avec les gros vaisseaux et les nerfs.

L'anatomie topographique des amygdales, et surtout ses rapports avec les vaisseaux voisins, ont été trouvés depuis peu de temps par Zuckerkandl, qui a fait à ce sujet un remarquable travail anatomique.

Plusieurs cas d'hémorrhagies après l'amygdalotomie, lui inspirèrent l'idée de son étude de la région amygdalienne, et des rapports de l'amygdale avec la carotide interne, qu'on croyait pendant longtemps séparée de la tonsille par une cloison déliée.

Linhart s'éleva le premier, avec des arguments anatomiques, contre la crainte, généralement répandue, de la lésion de la carotide.

Dans le Journal de la Société des Médecins de Vienne, en 1849, on trouve un travail anatomique de Linhart sur la vraie position de la tonsille, dans lequel il montre que la tonsille n'est pas, comme on le croyait généralement, simplement séparée de la carotide interne par la paroi du pharynx ; mais qu'entre la paroi latérale, le muscle ptérygoïdien interne et les vertèbres cervicales supérieures, se trouve un espace cellulaire qu'il appelle espace maxillo-pharyngien, dans la partie postérieure duquel se trouvent les gros vaisseaux.

Cette partie correspondrait, d'après Linhart, à la partie latérale de la paroi du pharynx, située en arrière de l'arc palato-pharyngien. Si l'on pique horizontalement vers l'extérieur, on occasionne une lésion sur la carotide interne, et l'instrument sort en dessous du lobe de l'oreille. L'amygdale, au contraire, correspond à la partie antérieure de la région, où ne se trouve aucun vaisseau ni aucun nerf.

Une lésion de la carotide interne est donc exclue de l'amygdalotomie faite suivant les règles de l'art.

Linhart démontre aussi, d'une façon expresse, que les gros vaisseaux ne seraient pas entraînés hors de leur niche par le tiraillement de l'amygdale, comme on l'avait cru jusqu'alors ; mais qu'au contraire, par un tel accident, la distance entre le bord pharyngien de la tonsille et l'artère carotide interne, serait plutôt augmentée.

Luschka, dans son ouvrage sur le pharynx de l'homme, approuve complètement les données de Linhart.

D'après Luschka, la carotide interne est éloignée de 4,5, et la carotide externe de 2 centimètres de la face externe de l'amygdale.

Ce sont les deux seuls passages où la topographie de la région rétro-tonsillaire est le plus approximativement démontrée. Dans les autres livres, on rencontre au contraire l'opinion qui lui est complètement opposée.

Pour éclaircir ce point, en litige jusqu'à ce moment, Zuckerkandl a entrepris la dissection de cette partie sur de nombreux cadavres, et il est ainsi arrivé aux résultats suivants :

La tonsille est située entre les deux piliers du voile du palais, qu'elle domine peu en avant et presque pas en arrière dans sa grosseur normale.

La muqueuse buccale des arcs palatins passe immédiatement sur la surface antérieure de l'amygdale.

Si l'on veut apercevoir la surface postérieure de l'amygdale, éloignée par la cavité buccale, il faut faire une incision sur les trois quarts de sa périphérie, et retirer ensuite l'amygdale de sa niche ; avec un instrument à pointe émoussée. Ce sont les muscles amygdalo-glosse et stylo-tonsillaire décrits par Luschka ; si on les a écartés, se présente alors la paroi latéro-pharyngienne de la tonsille.

Celle-ci présente une consistance fibreuse tissée dans un

amas de tissu conjonctif dur et raide qui, à la section, paraît à peu près d'un millimètre d'épaisseur et pénètre par des lacunes dans l'intérieur du parenchyme tonsillaire.

Si on va plus loin dans le fond rétro-tonsillaire, on arrive à la partie musculaire, qui se compose des muscles ptérygo et bucco-pharyngiens. Le côté externe de ce muscle est en rapport avec l'aponévrose bucco-pharyngienne. Si on a aussi sectionné celle-ci, on se trouve alors dans la cavité pharyngo-maxillaire des auteurs.

Linhart décrit cette partie et son étendue anatomique de la manière suivante : « Entre la paroi latérale du pharynx, le ptérygoïdien interne et les vertèbres supérieures, se trouve dans le fond un espace rempli de graisse et de tissu cellulaire vers la partie externe de l'amygdale qui se trouve en rapport avec les muscles ptérygo et bucco-pharyngiens.

Cette partie correspond à la région de la paroi latérale du pharynx située en arrière du pilier postérieur.

La face externe de ces muscles est en rapport avec l'aponévrose bucco-pharyngienne.

Si on a aussi sectionné celle-ci, on arrive à la cavité maxillo-pharyngienne, dans un espace rempli de graisse. Il est borné à l'extérieur par le muscle ptérygoïdien interne. Il ne s'étend pas jusqu'à la colonne vertébrale, mais il est divisé en deux parties par un groupe musculaire partant de l'apophyse styloïde.

Les muscles stylo-glosse et stylo-pharygien forment spécialement une surface qui s'avance en avant et en descendant, se rapprochant de la cavité maxillo-pharyngienne, de telle sorte qu'elle vient se placer entre la paroi latérale de la tonsille et les carotides. Par ce moyen, la cavité se divise en deux parties qu'on peut apercevoir en faisant la coupe horizontale à travers le pharynx, d'après Luschka (comme notre schéma n° 1 nous l'indique) : un espace triangulaire qui est borné vers l'extérieur

par le muscle ptérygoïdien interne; vers l'intérieur, par la paroi du pharynx située près de la tonsille et enfin en arrière par les deux muscles styloïdes mentionnés.

Le deuxième espace se trouve en arrière du sus-mentionné, entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale. Dans sa partie postérieure logent les gros vaisseaux et les nerfs (carotide interne, veine jugulaire interne, nerf vague).

Les deux espaces pleins de graisse et de tissu cellulaire peu serré communiquent l'un avec l'autre par une fente qui se trouve entre les muscles stylo-glosse et stylo-pharyngien.

Si l'on a dépassé cette fente et que l'on avance directement en arrière en se dirigeant contre la colonne vertébrale, on aboutit à la carotide interne.

Si l'on se tient vers l'extérieur, après avoir passé l'intersection des muscles styloïdes mentionnés, on arrive à un nœud de la carotide externe, qui se trouve constamment derrière la branche des mâchoires, avant qu'elle se divise en artère maxillaire interne et temporale.

Dans le voisinage de l'amygdale, nous trouvons donc la carotide interne couverte en avant et, par conséquent, protégée par les muscles styloïdes sus-mentionnés. Dans sa partie supérieure, cette protection du muscle cesse naturellement et la carotide touche, là, directement à la paroi extérieure du pharynx. Néanmoins, dans l'extirpation des amygdales, la partie supérieure de la carotide n'entre pas en considération.

Il résulte de toutes ces expériences le fait que la carotide interne ne se trouve pas en contact immédiat avec le pharynx, mais qu'une couche musculaire existe pour la protéger.

D'après Zukerkandl, si on veut enlever l'amygdale, l'opération ne peut pas être dangereuse, soit avec le couteau boutonné, soit avec l'amygdalotome. Jamais, comme le diagramme l'indique, la carotide ne peut être lésée, à cause de la couche musculaire protectrice.

Une telle lésion serait possible si on opérât avec un couteau effilé, dont la pointe pourrait pénétrer, peut-être, contre la colonne vertébrale par un brusque mouvement de tête du patient (cas de Béclard).

De même est aussi peu possible, d'après Zukerkandl, la crainte d'une lésion de la carotide dans la scarification des tonsilles ou dans l'ouverture d'un abcès tonsillaire. Mais une lésion de la carotide interne serait probable dans l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien, car, dans ce cas-là, elle est directement baignée dans le pus.

Une lésion de la carotide interne serait mortelle, parce qu'une ligature dans cet endroit rencontre d'insurmontables obstacles, mais une compression de la blessure tonsillaire contre la branche des mâchoires ne toucherait en aucune manière la carotide.

Les hémorrhagies après l'amygdalotomie qui, bien que citées en petit nombre dans les publications, se produisent constamment depuis la généralisation de cette opération sont parfois très graves.

Pour le prouver, il suffit simplement de remarquer que dans quelques cas que nous décrirons au second chapitre, il a fallu procéder à la ligature de l'artère carotide.

Les hémorrhagies ne sauraient être le simple fait du hasard, puisqu'elles se produisent aussi bien chez les individus non hémophiliques, qu'ils soient opérés avec le couteau ou avec l'amygdalotome.

D'après l'opinion de Zukerkandl, la cause de ces hémorrhagies doit dépendre des ramifications anatomiques du vaisseau tonsillaire qui peuvent empêcher la rétraction et la contraction du dit vaisseau, mouvement nécessaire pour arrêter spontanément le sang.

Avant d'appuyer cette assertion de faits anatomiques, nous allons mentionner les hypothèses qui existent à propos de cette question.

L'amygdalotomie a été blâmée et on basait sa critique sur l'explication suivante : si on tire la tonsille hors de l'interstice, disait-on, les gros vaisseaux sont alors entraînés comme des lacets, et peuvent tomber dans la partie de l'incision et être coupés.

Cette supposition erronée, fondée sur la connaissance anatomique imparfaite de cette région, fut déjà repoussée par Linhart.

Nous avons suffisamment démontré comment, d'après Zuckerkandl, l'avancement anatomique est impossible en faisant remarquer aussi que, dans l'hypertrophie amygdalienne, l'amygdale s'avance toujours vers la cavité buccale, tandis que la partie qui se trouve en rapport avec le pharynx conserve complètement et sans changement sa position, ainsi que son rapport avec la carotide.

D'après quelques auteurs, la carotide externe pourrait s'approcher par la formation d'un renflement et toucher à la paroi du pharynx par la partie convexe de ce renflement.

Mais il existe, en réalité, un renflement de la carotide externe qui, situé derrière la branche de la mâchoire inférieure, fait saillie vers l'intérieur, par sa convexité. On atteint ce renflement par la préparation de la cavité buccale, après avoir enlevé l'amygdale et pénétré latéralement en agrandissant l'espace situé entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien. Quelquefois l'artère tonsillaire naît sur ce renflement (*fig. 2*). Dans un cas pareil, si le tronc de l'artère tonsillaire était lésé pendant l'opération, il pourrait se produire une violente hémorrhagie artérielle par suite de sa sortie d'un vaisseau aussi fort que l'artère carotide externe.

Il paraît invraisemblable que la lésion des artères et des veines particulières de la tonsille puisse occasionner de si violentes hémorrhagies, à cause de la petitesse de ces vaisseaux.

La tonsille tire son sang de la carotide externe. Dans la grande majorité des cas, c'est l'artère palatine ascendante qui, naissant ou de la maxillaire interne ou directement de la carotide, monte et pénètre dans l'espace compris entre le muscle stylo-glosse et le muscle stylo-pharyngien, et arrive directement à la surface extérieure du pharynx.

Si on fait la dissection de la cavité buccale, on voit, après l'enlèvement des amygdales, le vaisseau montant à peu près verticalement par la fente des deux muscles dont nous avons parlé plus haut ; le vaisseau est encore séparé de la tonsille par du tissu graisseux remplissant cet espace.

Cette artère est accompagnée d'une veine d'égale calibre (*fig. 3*). En haut de la tonsille, le vaisseau se divise en deux branches : une branche monte pour se terminer dans la membrane pituitaire, et la deuxième (branche tonsillaire) se rend transversalement à la face externe de la tonsille en traversant le tissu cellulo-graisseux de cette région.

C'est la situation telle que nous l'avons observée. Dans d'autres cas, l'artère tonsillaire sort directement de l'artère carotide externe ou de la maxillaire externe, comme il a été dit plus haut. Dans ce cas, l'artère palatine ascendante est, par conséquent, réduite seulement à la branche de la tonsille. Quelquefois, on trouve la tonsille nourrie par plusieurs artères.

Il peut se trouver encore, à côté de l'artère tonsillaire venant de la palatine ascendante, une artère tonsillaire venant directement de la carotide externe. Cette dernière artère tonsillaire prend naissance sur le tronc de la carotide du point d'où part

l'artère maxillaire, ou bien vient de la carotide externe faisant saillie entre les muscles styloïdes.

Dans certains cas exceptionnels, l'artère tonsillaire vient de l'artère pharyngienne ascendante. Quand c'est ainsi, cette artère se partage alors en deux branches, un peu en arrière de l'arc des mâchoires. L'une de ces branches se dirige d'une manière typique le long de la colonne vertébrale, contre la base du crâne, pendant que l'autre se dirige vers la tonsille d'une manière aussi typique.

Après avoir traversé cet espace, rempli de graisse et de tissu cellulaire peu serré, l'artère arrive dans tous les cas, sans exception, à la partie pharyngienne de la tonsille, où elle se divise en branches terminales filiformes. Sur l'enveloppe de la tonsille, on peut observer une double direction des artères. Dans certains cas, le vaisseau s'approche de la tonsille et pénètre dans la paroi fibreuse, en ligne droite ou oblique, jusqu'au parenchyme. La liaison entre la couche des vaisseaux et l'enveloppe fibreuse est intime.

Dans d'autres cas, le vaisseau va près de l'amygdale, ne pénétrant pas tout de suite dans l'enveloppe, mais se place près de celle-ci et ne pénètre dans l'amygdale qu'après avoir formé un plexus artériel.

Dans ce cas-là, aussi, il existe une liaison intime entre la paroi des vaisseaux et l'enveloppe de l'amygdale.

Lorsque l'artère tonsillaire a traversé l'enveloppe, le vaisseau, d'une épaisseur d'un millimètre à peu près, se divise en un faisceau de branches filiformes.

De l'intérieur de la tonsille sortent une ou deux petites veines qui se jettent dans la veine déjà mentionnée, correspondant à l'artère palatine ascendante et par l'intermédiaire de cette veine, versent leur sang dans la veine jugulaire interne.

La direction des artères tonsillaires vers l'enveloppe, est

très importante, car, d'après Zukerkandl, elle joue un grand rôle dans la production des hémorrhagies, et voici pourquoi :

Si on coupe transversalement une artère, elle se retire dans le tissu, en vertu de sa tension élastique. En même temps l'ouverture du vaisseau se rétrécit, à cause du resserrement de la couche annulaire du vaisseau. Ce phénomène diminue la quantité de sang et donne lieu à sa stagnation, à sa coagulation et à son arrêt spontané.

Les petits vaisseaux sont mieux conformés que les gros pour la rétraction et la contraction, et par conséquent pour l'étalement spontané du sang, à cause du développement relativement plus considérable de la couche musculaire.

L'artère tonsillaire serait donc, d'après cela, disposée à une hémostase spontanée. Mais, si cette artère se trouve dans des rapports anormaux avec les organes qui l'entourent, ceux-ci peuvent empêcher la production normale des faits nécessaires à un arrêt spontané du sang. Si l'incision qui enlève la tonsille pénètre dans le parenchyme de celle-ci, l'hémorrhagie est insignifiante, à cause de la petitesse des vaisseaux lésés et elle s'arrête à la moindre excitation, telle que celle que peut exercer l'eau chaude versée sur une blessure.

Mais lorsque l'incision tombe dans le plan de l'enveloppe tonsillaire il se produit un fait que l'on ne peut pas nier, si on réfléchit qu'à une voussure de la tonsille contre la cavité buccale, ne correspond jamais une semblable voussure dirigée latéralement. Il peut arriver aussi dans les hypertrophies énormes que, par le poids de l'amygdale suspendue dans la cavité buccale, la partie latérale s'avance un peu vers le milieu et puisse plus facilement tomber dans le plan de l'incision de l'amputation. Dans ce cas-là, un arrêt spontané du sang est impossible. La liaison intime entre les parois vasculaires et l'enveloppe fibreuse et dure de la tonsille empêche

aussi bien une rétraction qu'un rétrécissement de l'ouverture des vaisseaux. Cette ouverture est en quelque sorte maintenue directement béante par sa consistance avec l'enveloppe de l'amygdale.

L'hémorrhagie cède aux moyens habituels.

Nous avons observé une autre artère du même calibre que la tonsillaire (dont nous avons parlé) venant de l'artère dorsale de la langue, au point où cette dernière s'épanche sur la langue en décrivant une courbure de bas en haut et de dedans au dehors. Du sommet de cette courbure, qui ne passe pas bien loin de la paroi latéro-antérieure de l'amygdale, part une artère qui, s'avancant en haut et en dedans, vient se jeter dans l'amygdale et se divise en un grand nombre de vaisseaux filiformes intimement liés avec le tissu amygdalien.

A part les artères, nous avons les veines et les capillaires comme sources d'hémorrhagies, sur lesquelles nous insisterons plus longuement dans le chapitre II.

Les nerfs des amygdales proviennent du glosso-pharyngien qu'on a pu suivre dans l'épaisseur de la muqueuse et d'un plexus nerveux qui se forme du nerf lingual et du grand hypoglosse.

Pour finir notre description sur l'anatomie des amygdales nous ne dirons que quelques mots seulement de l'histologie et de la physiologie pour prouver que le rôle qu'elle joue dans l'organisme est presque nul.

L'amygdale appartient au groupe des glandes lymphatiques et se compose de vésicules closes, de forme sphéroïde, rangées autour de dépressions ou lacunes et présentant par conséquent la face interne creusée. D'après ce que nous venons de dire l'amygdale ne sert que par son produit muqueux à faire glisser les aliments en lubrifiant la gorge et contribue, comme corps adénoïde, à l'élaboration de la lymphe.

Malgré l'utilité actuellement établie des amygdales, en bien recherchant nous pouvons dire qu'elles sont largement remplacées par d'autres organes tels que les follicules clos de la base de la langue, de l'intestin, etc., etc.)

Ainsi nous concluons que nous pouvons bien nous en passer, car leur absence n'entraîne pas les inconvénients qu'on a bien voulu leur attribuer.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Les amygdales, situées à la limite de la bouche et du pharynx, couvertes par la même muqueuse et soumises aux mêmes causes étiologiques, sont sujettes à un grand nombre de manifestations morbides communes. Les unes provenant d'une manifestation générale (érysipèle, fièvres éruptives, maladies virulentes), les autres étant sous la dépendance d'une manifestation purement locale, se trouvent, soit intimement liées avec les lésions du pharynx et de l'isthme du gosier, soit en connexion avec les tissus voisins et se terminant par suppuration ou par hypertrophie de l'organe dont nous allons nous occuper.

L'hypertrophie des amygdales est une affection caractérisée par l'augmentation de volume de ces glandes. Augmentation constituée par l'hypergénèse des éléments mêmes de l'organe et présentant ordinairement, en même temps, un changement dans leur consistance, qui tantôt est augmentée, tantôt diminuée ; de là deux formes d'hypertrophie : l'hypertrophie squirrheuse et l'hypertrophie molle. L'amygdale hypertrophiée, d'après ce que nous venons de dire, présente un changement dans le volume, la consistance, la forme et la couleur, dont les deux premiers caractères physiques sont presque constants.

Volume. — A l'état normal, l'amygdale a 12 millimètres de longueur sur 8 de largeur et d'épaisseur.

Le volume change le plus souvent à l'état hypertrophique, et

peut atteindre celui d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Elle fait alors saillie dans la cavité buccale et peut même se mettre en contact avec celle du côté opposé et fermer complètement la communication entre la bouche et le pharynx. Dans ces cas-là, nous avons les troubles de la déglutition, de l'audition, de la respiration, de la phonation, etc., etc., qui obligent le chirurgien à intervenir en combattant la cause.

L'hypertrophie amygdalienne est progressive et par poussées séparées par des périodes stationnaires de durée variable. Ces poussées aiguës ou sub-aiguës sont dues bien probablement à un agent pathogène qui, après avoir pénétré dans le tissu, y vit silencieusement à l'état ordinaire et ne sort que de temps à autre de son inertie fonctionnelle. D'après cette hypothèse, pour combattre ce genre d'hypertrophie, il faut aller détruire le micro-organisme dans son foyer même.

Chez les enfants strumeux ou lymphatiques on voit survenir des hypertrophies amygdaliennes, dont on peut pendant longtemps suivre l'évolution hypertrophique (développement et accroissement) sans remarquer aucune poussée inflammatoire, de laquelle ils ne sont cependant pas exempts.

Quand l'amygdale change de volume elle change aussi de consistance et devient dure, si l'hypertrophie provient d'une prédominance fibreuse, molle et friable, au contraire, à prédominance épithéliale.

Dans le premier cas les amygdales hypertrophiées sont rouges, livides, plus foncées que la muqueuse voisine. Elles sont de forme variable, arrondies, ovoïdes, piriformes, à grosse extrémité développée. Leur surface est lisse et brillante, l'entrée des cryptes peu visible. Ce genre d'amygdale se présente à l'âge de puberté et chez l'adulte et c'est un épiphénomène d'une amygdalite chronique paroxystique due à des causes spéciales, consécutives aux angines provoquées par l'éruption de la dent de sagesse, par la scarlatine, relatives aux congestions de la

puberté ou de la période menstruelle. Souvent aussi, se surajoutant à l'hypertrophie molle de l'enfance, à la suite de poussées inflammatoires, auxquelles celles-ci prédispose.

Dans le second cas, les deux amygdales, de volume égal, pâles et opalines, avec une surface grenue et presque végétante, paraissent composées d'une agglomération des vésicules demi-transparente. Elles sont dans la plupart des cas enchâtonnées, avec la face interne aplatie et la partie supérieure relevée très haut. Elles sont dépressibles au toucher et saignent facilement en les grattant légèrement avec l'ongle. Cette variété se rencontre chez les enfants lymphatiques, et n'est qu'un élément d'une lésion complexe qui occupe tout le pharynx et surtout le naso-pharynx.

Le changement de forme n'est que l'exagération de la forme naturelle. Cependant, quoique la forme naturelle de l'amygdale soit celle d'une amande, dans quelques cas, par cause congénitale, ou sous l'influence d'un état pathologique, la glande se présente sous diverses formes, et alors nous avons les amygdales pédiculées, les amygdales pendantes, les amygdales enchâtonnées et les amygdales plongeantes.

Amygdales pédiculées. — Se présentent sous la forme ovoïde, à petite extrémité supérieure, comme à l'état normal. Elles peuvent se trouver à distances différentes de la ligne médiane. Elles sont saillantes, nettement dégagées, surtout en avant des piliers du voile, qui conservent presque leur écartement normal. Elles semblent fixées dans la cavité amygdalienne par une sorte de pédicule, d'où vient leur nom.

Amygdales pendantes. — D'un volume assez considérable, elles descendent dans le pharynx, en vertu de leur pesanteur, avec un pédicule beaucoup plus large et allongé.

Amygdales enchâtonnées. — D'un volume égal, elles restent encastrées dans leur cavité, où elles sont fixées par une large base. L'augmentation de volume, au lieu de se faire dans tous les sens, ne se fait que dans le sens antéro-postérieur. Dans ce cas-là, les amygdales hypertrophiées paraissent plutôt aplaties que globuleuses. Leurs bords sont adhérents aux deux piliers, avec lesquels ils font presque corps. Elles se présentent souvent sous une forme arrondie hémisphérique et quelquefois piriforme.

Amygdales plongeantes. — Elles paraissent sous la forme d'une pyramide à sommet supérieur, et, dans ce cas, la fossette sus-amygdalienne est comblée par un prolongement glandulaire adhérent aux deux piliers et se terminant à une hauteur variable. La base de la pyramide, irrégulièrement bilobée, fait une saillie inférieure assez marquée.

Une variété d'hypertrophie est celle qui est accompagnée d'une amygdalite lacunaire, affection caractérisée par une inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse les cryptes tonsillaires. Dans ce cas-là, l'amygdale est sclérosée, irrégulière, et porte à la surface un grand nombre de lacunes cryptiques qui facilitent la rétention, dans ces cavités, des produits de sécrétion, sous forme d'amas caséeux et fétides, qui provoquent à leur tour des processus inflammatoires. La coloration en est rouge. En pressant l'amygdale, on peut donner issue à des concrétions caséeuses, parfois très abondantes, de forme et de volume variables.

Ces amygdales, augmentées de volume, peuvent faire saillie ; l'hypertrophie peut n'exister que dans le sens antéro-postérieur et écarter les deux piliers, auxquels, dans ce dernier cas, elles adhèrent en divers points.

La coloration de la tonsille est fort difficile à apprécier, car elle varie non seulement sous l'influence d'une affection locale,

mais encore d'après l'état général du sujet. Chez les enfants elle a une coloration rosée, tandis que chez les adultes elle a la teinte plus foncée et qui change souvent chez les chlorotiques, les anémiques et les convalescents. Ordinairement les changements ainsi que son degré de coloration, sont l'indication d'un état inflammatoire ou non.

Rouge vif, lorsqu'elle est enflammée et rouge pâle quand elle ne l'est pas. L'aspect de la surface des tonsilles peut être aussi variable que leur coloration. De lisses et polies elles deviennent villeuses et grenues, avec une apparence parfois végétante et pseudo-polypeuse. L'entrée des cryptes est souvent invisible et il faut, pour les voir, introduire un stylet en forme de crochet, dont l'extrémité passée sur la glande s'engage entre les lèvres réunies de ces orifices. Dans certains cas, en pressant la glande d'avant en arrière, on peut faire sourdre un mucus opalin transparent, qui montre l'existence d'une amygdalite lacunaire, en même temps que l'hypertrophie parenchymateuse, ce qui exige un mode de traitement différent.

L'anatomie pathologique des amygdales hypertrophiées se caractérise par une hypertrophie des follicules clos périscérosés. La dureté ou la mollesse de l'amygdale hypertrophiée vient du degré de la sclérose, et c'est ainsi qu'à la longue, après des angines répétées, elle change de consistance. La surface de la section, dans le cas ordinaire, est gris rose, le tissu friable, les cryptes sont réduites à de simples fentes et visibles à l'œil nu. Il existe, d'après Cornil, une hypertrophie du réticulum, dans les mailles duquel sont les cellules tuméfiées et granuleuses avec une sclérose périvasculaire. Le chorion de la muqueuse est épais, les papilles aplaties et l'épithélium le plus souvent normal.

Pour établir le diagnostic d'une hypertrophie amygdalienne, on n'a qu'à faire l'inspection par laquelle on reconnaît facilement l'augmentation de volume.

Chez l'adulte il faut d'abord voir s'il ne s'agit pas d'une tumeur proprement dite (fibrome, lymphadénome avec ou sans leucocythémie, sarcome, épithéliome); dans ce cas la bilatéralité est alors importante, bien qu'on l'ait remarquée dans le lymphadénome. Une fois le diagnostic de l'hypertrophie établi, il reste à spécifier sa nature. Donc le seul point important est de bien se souvenir qu'il existe une hypertrophie syphilitique secondaire, accompagnée ou non de plaques muqueuses. Chez l'enfant, l'inspection ajoutée aux signes d'obstruction nasopharyngienne suffit pour établir le diagnostic de sa nature.

L'hypertrophie amygdalienne doit être traitée, parce que, dans sa forme dure comme dans sa forme molle, elle entretient un état local dans lequel se manifestent à chaque instant des angines aiguës. Dans sa forme infantile, il existe des éléments de l'hypertrophie lymphatico-pharyngienne qui amènent un grand nombre d'accidents plus ou moins sérieux.

Comme traitement, on a préconisé une médication générale qui se compose de toniques, d'iodure de potassium, d'eaux sulfureuses, etc., et comme traitement local des badigeonnages avec des solutions astringentes ou de la teinture d'iode.

Alors le médecin, après avoir épuisé tous ces moyens médicaux, dont l'inefficacité est manifeste et guidé par les troubles apportés par cette affection à la santé générale, se décide à enlever ou à détruire la glande.

Divers moyens d'intervention ont été préconisés contre les amygdales hypertrophiées.

Déjà avant Hippocrate, l'ablation par les instruments tranchants était le procédé ordinaire de l'antiquité. Elle fut plus tard remplacée par l'évulsion digitale, la ligature et la destruction par les médicaments et le fer rouge.

Tous ces procédés durent, après une résistance plus ou moins longue, céder de nouveau la place à l'ablation, qui depuis longtemps est employée à l'exclusion de tout autre procédé.

La guillotine inventée par Fahnenstock, à la fin des trente premières années de ce siècle et modifiée par Velpeau, fut employée dès son apparition par la majorité des chirurgiens et actuellement encore perfectionnée avec des modifications peu importantes. Elle est encore en usage.

Une minorité resta fidèle à la méthode par le bistouri.

Pour faciliter l'opération, l'amygdale était attirée hors des arcs du palais au moyen d'une pince à crochets. C'est en France que la méthode par l'amygdalotome a été perfectionnée.

La première et la plus bizarre défectuosité de l'opération qui se présentait assez souvent après celle-ci était le fait qu'une amygdalotomie ordinaire faite suivant les règles de l'art était suivie d'une hémorrhagie pouvant conduire aux plus menaçantes conséquences par l'anémie de l'individu.

Aussi pour l'arrêter tous les moyens hémostatiques de la chirurgie devaient-ils être employés.

Ne pas prévoir une telle hémorrhagie ne faisait qu'augmenter la frayeur du patient.

Hatin, en France, fut le premier qui signala une hémorrhagie de ce genre dans une lettre adressée à Malgaigne et insérée dans la Revue médico-chirurgicale (1847).

Dans une séance. Hatin avait enlevé deux tonsilles hypertrophiées à une femme de trente ans, au moyen de l'amygdalotome de Fahnenstock ; la première hémorrhagie fut insignifiante. Appelé deux heures après, il trouva la patiente d'une pâleur de cire, presque sans pouls. Le sang jaillissait à flots de l'une des plaies de l'amputation.

Après plusieurs essais par des médicaments astringents et hémostatiques pour arrêter le sang, on y arriva par des compressions avec des pinces. En réponse à cette lettre, la question de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie fut discutée par la Société de Chirurgie en octobre 1847. Il fut prouvé que le cas de Hatin n'était pas unique. Chassaignac, en effet, avait vu

une fois et Guersant trois fois, des hémorrhagies se présenter après l'amygdalotomie.

Chassaignac attira alors l'attention sur le voisinage dangereux de la carotide interne avec la tonsille.

Dès ce moment, ce détail passa dans tous les livres de chirurgie d'alors.

On croyait que la carotide était séparée de la tonsille par une simple cloison ; aussi, pendant l'opération, prenait-on les plus grandes précautions quand on arrivait à cet endroit.

Plusieurs cas mortels d'hémorrhagies après l'amygdalotomie étaient cités comme pièces justificatives.

Béclard vit, à Angers, perdre son sang à un homme à qui un charlatan ambulante avait enlevé une amygdale hypertrophiée avec un bistouri pointu. Quelques minutes après, le malheureux patient n'était plus qu'un cadavre. L'opérateur s'était enfui. La section avait occasionné une lésion de la carotide interne.

South fait mention d'un cas de Watson, où une hémorrhagie amenant la mort en quelques minutes, s'était produite après une amygdalotomie.

Il y a d'autres cas d'hémorrhagies mortelles, mais après ouverture d'abcès de la tonsille, et alors ils n'appartiennent pas à notre sujet.

Nous avons assez démontré, dans notre premier chapitre, comment Linhart a prouvé anatomiquement que la lésion de la carotide interne pendant l'amygdalotomie était impossible.

Nous avons assez parlé aussi du remarquable travail anatomique de Zuckerkandl, qui le premier s'occupa de cette question, pour prouver que les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie proviennent de la lésion de la carotide externe.

D'après ce que nous avons dit, les hémorrhagies amygdaliennes proviennent de la lésion des vaisseaux propres de la

tonsille et peuvent avoir trois sources : les artères, les veines et les capillaires.

Les artères, dont le nombre est assez considérable, quoique diminuées de calibre, restent béantes, ainsi que nous l'avons dit, puisqu'elles se trouvent dans des conditions anatomiques anormales avec le tissu rétro-tonsillaire, d'après l'examen fait par Ricordeau sur une amygdale sectionnée qui présentait sur sa surface une artère maintenue béante par les adhérences avec le tissu tonsillaire.

L'hémorrhagie peut encore avoir comme source les veines formant un plexus amygdalien, qui se trouve en arrière et en dehors et s'avance vers le pharynx, où il se réunit à un autre plexus pharyngien d'une importance plus grande, parce qu'elle se trouve en rapport avec le pédicule de l'amygdale, dont la section peut donner naissance à un écoulement assez abondant.

Les capillaires peuvent également donner naissance à une hémorrhagie en nappe, dont l'étiologie n'est pas encore bien connue. D'après les uns, elle provient de l'hémophilie de l'individu ; d'après les autres, de l'impaludisme ; enfin, d'après d'autres encore, elle provient d'une cause nerveuse qui agit sur les capillaires par l'intermédiaire du centre vaso-moteur ; mais toutes ces opinions ne sont que de simples suppositions.

La question de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie, a été le sujet de plusieurs discussions dans les séances des diverses Sociétés.

Les hémorrhagies se produisent de différentes manières.

Un des types est le suivant : immédiatement à la fin de l'opération ou peu de temps après son achèvement, un flot de sang jaillit de la blessure. Il sort en partie par la cavité buccale, et l'autre partie est aspirée par le larynx et le pharynx. Le patient arrive au paroxysme de la toux, et, par ses efforts, des quantités considérables de sang sont évacuées et sortent en

jaillissant. Il se produit en même temps des vomissements de sang. Le patient devient pâle, et faible et a le pouls irrégulier.

Dans d'autres cas, le médecin et le patient remarquent seulement, dans l'hémorrhagie, la quantité considérable de sang vomi, le sang ayant coulé dans l'estomac et étant sorti par vomissements.

Si on examine la partie blessée, on voit tantôt une ouverture du vaisseau laissant échapper le sang par jets, tantôt le sang s'écoulant en flots épais. La récurrence fréquente de ces hémorrhagies est bien surprenante.

On ne peut pas établir, même approximativement, dans combien de cas une hémorrhagie inquiétante suit l'amygdalotomie ; mais un regard sur les publications concernant ce sujet, montre que des cas d'hémorrhagies de ce genre existent et reviennent constamment.

Nous avons dit que Hatin fut le premier qui souleva, en 1847, cette question dans une lettre adressée à Malgaigne. Il arrêta l'hémorrhagie au moyen de compresses improvisées.

Dans l'ouvrage de Vidal, on trouve mentionné un cas où une violente hémorrhagie artérielle plusieurs fois répétée, fut observée chez un homme après une amygdalotomie.

Dans l'année 1861, on trouve un cas observé par Weinlechner à la clinique de Schuks, dans lequel l'hémorrhagie revint le cinquième jour après l'opération et deux jours encore après ce délai. Weinlechner déclare que, dans ce cas, il fallait chercher la cause de l'hémorrhagie dans la disposition de l'individu.

En 1868, il fut observé, à la clinique de Billroth's, un cas d'hémorrhagie inquiétante après l'amygdalotomie. On réussit à arrêter le sang en faisant avec les doigts, dans la région du cou, des compressions sur la carotide.

Günther, à Strasbourg en 1872, fit la ligature de l'artère

carotide primitive, à cause de l'hémorrhagie continue d'une blessure faite après l'amygdalotomie.

Woss rend compte, en 1877, d'une expérience intéressante de l'amygdalotomie. Il admet les hémorrhagies provenant de l'artère tonsillaire.

Il fait commencer celle-ci dans l'artère pharyngienne ascendante.

En 1880, Haden Lider observa chez une femme à qui il avait enlevé une amygdale avec le bistouri, une hémorrhagie assez violente arrivée aussitôt après l'opération. En dépit de tous les moyens styptiques employés, l'hémorrhagie ne s'arrêta nullement, mais au contraire augmenta d'intensité. Trois heures après l'opération, l'état de la malade était devenu si grave, que l'opérateur se décida à faire une ligature de la carotide primitive. Elle fut effectuée avec succès. La patiente n'offrait aucun signe d'hémophilie.

En 1882, Leffert rend compte de deux cas d'hémorrhagie mortelle.

Dans l'un des cas, il vit au fond de la blessure un vaisseau qui laissait jaillir violemment le sang et qu'il réussit à lier avec peine. Dans le deuxième cas, il arrêta le sang par des compressions avec les doigts sur la surface de la blessure. Compressions continuelles pendant plusieurs heures.

Il n'y avait aucun signe d'hémophilie.

Cet auteur fait aussi mention de plusieurs hémorrhagies de durée plus longue, mais peu graves, qu'il croit provenir de la lésion des veines nouvellement formées dans les tonsilles affectées d'une inflammation chronique.

Le Dr Walker, dans le Journal *Edimbourg Medical* (1886), p. 116, nous relate les observations suivantes :

Le premier cas, dit-il, quoique heureusement rare, est digne cependant d'être considéré comme authentique.

Il s'agit d'un jeune homme (M. J.) qui paraissait par ses

antécédents avoir eu une amygdalite aiguë avec tendance à la suppuration, pour laquelle son médecin lui fit l'ablation.

Depuis cette époque, l'état de sa gorge fut une source de malaises fréquents. Il y a deux ans, il alla consulter le D^r Walker qui, en examinant le malade, remarqua qu'il avait les deux amygdales hypertrophiées. Il lui conseilla l'ablation, mais le malade refusa, ne voulant pas subir pour une seconde fois une opération de ce genre.

Au lieu d'une intervention radicale, on lui prescrivit alors un traitement palliatif, se composant de badigeonnages de perchlorure de fer et de teinture d'iode, ainsi qu'une potion ferrugineuse à l'intérieur.

Le malade resta quelque temps sans donner de ses nouvelles; mais le 3 novembre dernier, dans la soirée, il fit appeler le D^r Walker, et après lui avoir rappelé sa visite précédente, il lui déclara ressentir une sensation très désagréable pendant la déglutition, ainsi que des étouffements gênant la respiration. Tous ces symptômes, très désagréables, le décidèrent à subir l'opération qu'il avait refusée lors de la première visite du docteur.

Le malade raconta que depuis la première consultation, qui datait de deux ans, il avait été soigné dans une clinique des maladies de la gorge et que le médecin traitant, pour le soulager, avait tenté deux fois l'excision des amygdales hypertrophiées.

Les deux amygdales étant fixées d'après le procédé habituel le D^r Walker lui enleva une partie de l'amygdale droite à l'aide de l'amygdalotome Mackenzie et à la gauche une partie du tissu tonsillaire qui faisait saillie.

Après l'opération, il lui prescrivit une solution tanno-gallique, que le patient prenait dans l'intervalle de quelques minutes. Il y avait peut-être une perte de sang plus grande que celle que l'on rencontre dans des cas analogues, mais à l'aide

du gargarisme astringent, l'hémorrhagie paraissait être complètement arrêtée. On lui prescrivit aussi une solution de perchlorure de fer en lui recommandant de la continuer pendant quelque temps.

Le patient parut soulagé jusqu'au 5 novembre, lorsque, à 2 heures du matin, pris d'une hémorrhagie foudroyante, il envoya chercher le docteur, qui le trouva alité, appuyé sur son coude et ayant à ses côtés un vase contenant une quantité assez considérable de sang. Il avait la figure un peu pâle, le pouls bondissant et irrégulier, mais sans aucun signe d'excitation.

Aux questions posées par le docteur Walker, on lui dit que : en quittant son cabinet pour retourner chez lui, le malade avait senti le besoin de dégager sa gorge, ce qui le fit vomir deux ou trois fois. Ceci passé, il se trouva bien de nouveau et put reprendre son chemin. En crachant, le patient constatait que toute trace de sang avait disparu.

Cet état satisfaisant (la douleur légère relative à l'amygdalotomie mise à part) se maintint jusqu'à minuit, heure à laquelle il lui vint envie d'aller à la selle. Sujet à la constipation, il fit des efforts qui lui procurèrent la sensation d'un écoulement se produisant du côté droit de la gorge et nécessitant une expectoration qui se composait de sang pur. Le docteur Walker examina soigneusement la gorge du patient, après l'avoir préalablement essuyée avec du coton fixé sur une sonde pharyngienne. Il remarqua alors que le sang s'accumulait rapidement à la partie la plus inférieure du pilier postérieur du pharynx. Il observa aussi que pendant l'expiration, la quantité de sang devenait plus considérable et poussait le malade aux crachements fréquents.

Il essuya de nouveau les surfaces saignantes des amygdales, mais sans pouvoir distinguer le point précis de l'hémorrhagie.

Dans ces conditions, il pensa que l'application des astringents décélérerait la cause très vite.

Il essuya encore une fois les parties saignantes et appliqua, au moyen de coton, une forte solution de perchlorure de fer, sur les deux surfaces en question, lui prescrivant à l'intérieur une solution d'ergotine.

En traitant de la sorte, le docteur Walker croyait arriver à un bon résultat.

Le malade rejetait de la salive mélangée de sang qui s'accumulait dans la bouche. On continua jusqu'à 3 heures du matin les gargarismes astringents, les badigeonnages, ainsi que l'administration de l'ergotine à l'intérieur.

Ce traitement paraissait avoir produit un certain effet, à cause du crachement dont la coloration commençait à s'effacer; mais cela ne dura pas longtemps, car, quelques minutes après, la coloration devint plus intense et plus vive qu'auparavant.

En désespoir de cause, le docteur Walker se décida à essayer, dans la mesure du possible, un astringent plus actif, et dans ce but, il se procura de l'hazeline (principe actif de l'*Hamamelis virginica*), alors très vantée dans le même journal comme étant un astringent puissant. Ce médicament, qu'il donna en potion et à quelques minutes d'intervalle, n'a pu obtenir le moindre effet. Ne voyant alors aucune amélioration, malgré la variété des moyens médicaux employés, il se décida à appeler le concours d'un de ses confrères, pensant qu'avec un aide le point saignant (si l'hémorrhagie lui était due; et non à un écoulement général) serait exactement déterminé, et la torsion ou le thermo-cautère appliqué. En conséquence, vers 5 heures et demie, on appela le docteur Knox, chirurgien de l'infirmerie royale de Londres, qui offrit gracieusement son concours au docteur Walker.

Pour examiner le malade, on le mit au lit, et dans cette position, pendant qu'ils étaient en train d'essuyer la gorge, il

se plaignit d'un affaiblissement et vomit subitement une quantité considérable de sang noir, qui le soulagea de la sensation de poids qu'il ressentait dans la région gastrique. La gorge fut alors examinée, mais sans pouvoir distinguer aucune trace de sang. Le malade dégageait sa gorge avec précaution et l'expectoration n'avait plus qu'une légère teinte de sang.

Pendant les quelques moments que les deux chirurgiens passèrent auprès du malade, toute hémorrhagie avait cessé.

Les docteurs Walker et Knox quittent le malade, en le laissant sous une surveillance rigoureuse et en lui ordonnant de sucer des morceaux de glace. Son état calme et tranquille leur donne une légère satisfaction. A 9 heures du matin, le docteur Walker revint le voir et constata que l'hémorrhagie s'était reproduite à un léger degré, peu de temps après leur départ. Il lui ordonna de nouveau du perchlorure de fer et il insista sur les applications de glace. Il partit de nouveau pour revenir à midi, et, cette fois, l'hémorrhagie était plus forte que le matin.

Pendant qu'il essayait la gorge du patient, afin de la badiageonner avec le perchlorure de fer, le malade vomit, et la couleur foncée des matières vomies effraya tant le docteur Walker qu'il appela de nouveau un confrère.

Le docteur Knox étant absent, le docteur Patterson (chirurgien de l'infirmerie) vint immédiatement le remplacer.

Le patient se sentit de nouveau mal à l'aise et vomit du sang. A l'aide d'une douce lumière et après avoir essuyé les parties avec une éponge placée sur une tige, le docteur Patterson crut trouver le siège de l'hémorrhagie à la partie inférieure de l'amygdale droite, dans la substance tonsillaire même.

Avant d'entreprendre la ligature de la carotide qui leur paraissait la meilleure indication, le docteur Patterson appliqua d'abord un cautère actuel, et cautérisa le point suspect et toute la surface lésée de l'amygdale droite, la langue étant

maintenue en bas par une spatule. Le malade s'appuya sur son coude et supporta l'opération sans aucune plainte.

L'hémorrhagie s'arrêta instantanément.

Le malade fut soumis à un traitement qui consistait en un repos absolu avec défense de parler, à l'application constante de glace dans la bouche et aux badigeonnages avec une solution, forte, de perchlorure de fer.

Comme régime, on lui donna des potages, du lait et du vin, qui lui redonnèrent des forces.

Guérison rapide en quatre jours.

Walker, dans le même journal (Edimbourg Med., 1886) nous relate aussi les observations suivantes :

Le Docteur Stanley fit la ligature de la carotide primitive pour éviter les hémorrhagies relatives à l'ablation d'une amygdale hypertrophiée.

Le malade, un jeune homme de 24 ans, d'une santé faible, très sujet aux amygdalites, fut admis à sa clinique. Il se plaignait d'une hémorrhagie survenue à la suite de l'amygdalotomie qu'un chirurgien lui avait faite la veille. Pendant l'opération (qui le soulagea beaucoup) la perte de sang fut très légère, de sorte qu'il put sans crainte retourner chez lui.

Tout se passa bien jusqu'à la nuit suivante, lorsqu'une hémorrhagie inquiétante revint et lui fit perdre une grande quantité de sang.

Pour arrêter l'hémorrhagie on essaya le crayon de nitrate d'argent, qui l'arrêta provisoirement, car le lendemain une autre hémorrhagie survint, qui lui fit perdre presque un litre de sang.

D'une consultation faite, on décida l'application de la glace et la ligature de la carotide dans le cas où l'hémorrhagie persisterait

Pendant les vingt-quatre heures suivantes, l'hémorrhagie fut

très légère, mais après elle devint très abondante et obligea le Docteur Stanley à recourir à la ligature de la carotide au-dessous de la bifurcation, pour mettre à l'abri les vaisseaux tonsillaires.

La ligature fut faite avec succès et ne présenta aucun trouble cérébral au moins pendant quelques jours. Mais après le malade se plaignit de céphalalgie, de défaillances et de vomissements.

Il devint très irritable, triste, maussade et fut pris d'une hémiplégie, après laquelle il perdit connaissance et mourut.

Une autre observation d'hémorrhagie à la suite de l'amygdalotomie est rapportée également dans le même journal par Thompson.

La malade, une femme de 35 ans, subit une amygdalotomie pendant laquelle il n'y eut que très peu d'écoulement sanguin.

Mais quelques heures après une hémorrhagie inquiétante se déclara et on fut obligé d'appeler le Docteur Thompson.

A son arrivée il trouva la malade pâle et sans pouls. En examinant avec ses doigts, il sentit distinctement une petite ouverture sur l'amygdale droite, qui était très dure. L'hémorrhagie, quoique n'étant pas continue, mais par intervalle, put néanmoins, par son abondance, mettre la malade dans une faiblesse extrême. Pour l'arrêter, on eut recours à une solution de perchlorure de fer, qui en effet donna un bon résultat, car l'hémorrhagie s'arrêta. La malade mit un certain temps pour reprendre ses forces.

Les deux cas suivants sont relatés dans le journal *The Lancet*, 1870, par Wharton J. Hood. Ces deux cas furent suivis d'hémorrhagies terribles :

Dans le premier, le docteur Hood eut beaucoup de difficulté pour faire l'excision de l'amygdale gauche, hypertrophiée, d'un

jeune homme, à cause de la présence d'un grand nombre de concrétions. Après l'opération, une hémorrhagie survint, qui dura quelques heures, malgré l'application d'une foule d'astringents (nitrate d'argent, glace, perchlorure de fer, etc., etc.) Le patient, se trouvant mal à l'aise quelques minutes après l'opération, vomit une quantité considérable d'aliments digérés et de sang coagulé, ce qui arrêta complètement l'hémorrhagie.

Dans le deuxième cas, les deux amygdales furent enlevées à une heure de l'après-midi.

Un petit écoulement de sang persista jusqu'à 3 heures ; mais après que le malade eut pris un peu de nourriture, l'hémorrhagie augmenta d'une manière inquiétante.

Les astringents furent employés en vain. Se souvenant alors de l'efficacité du vomissement dans le cas précédent, le docteur Hood administra un vomitif de sulfate de zinc, et, en effet, après que l'estomac eut été vidé et les efforts pour vomir passés, l'examen de la gorge montra que toute hémorrhagie avait cessé.

Le dernier cas que nous rapportons est un de ceux pour qui la ligature de la carotide primitive gauche fut faite, pour une hémorrhagie survenue à la suite d'une amygdalotomie. (Schmidh's Jahr Bard, 1880). On pratiqua, d'après le procédé opératoire usuel, l'excision de l'amygdale gauche hypertrophiée d'une femme. L'hémorrhagie, bien que peu abondante, ne céda pas aux moyens hémostatiques employés. Au contraire, elle avait une tendance à augmenter, car après l'application d'un crayon au nitrate d'argent et du perchlorure de fer, l'hémorrhagie s'arrêta quelque temps pour recommencer une heure après avec plus de force et de gravité qu'auparavant. Des sacs de glace furent placés sur le cou, et la malade avait

également un morceau de glace dans la bouche, ce qui diminua l'hémorrhagie pour un moment. Malheureusement, elle recommença avec plus de violence encore.

Les forces de la malade diminuaient, et trois heures après l'opération, on fut obligé de recourir à la ligature de la carotide primitive. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt après, mais la guérison fut lente et longue.

Chez la malade et dans sa famille, il n'existait pas de signes d'hémophilie, et le docteur Liden, dans la pratique duquel fut observé ce cas, croit qu'une branche anormale des vaisseaux a été la cause de l'hémorrhagie.

En 1887, Sands (New-York med.) parle d'une amygdalotomie pratiquée chez un jeune homme de 24 ans. L'hémorrhagie, insignifiante après l'opération, apparut dans la nuit, du côté droit, sans que rien puisse l'arrêter. L'état du malade était si grave qu'on se décida à faire la ligature de la carotide primitive droite. L'hémorrhagie continua. La faiblesse du malade était extrême ; après une transfusion saline, amélioration et guérison. On a appris alors que le malade appartenait à une famille hémophilique.

Fuller, en 1887, rend compte d'une observation d'hémorrhagie après l'amygdalotomie chez un homme de 25 ans. Cinq heures après l'amygdalotomie, il y eut hémorrhagie abondante.

Des injections d'eau chaude et la compression avec de la ouate ne purent l'arrêter. Il n'était pas possible de voir le point exact d'où venait le sang, car c'était un écoulement en nappe. On fit néanmoins la compression, mais elle ne put être longtemps maintenue.

Les tentatives durèrent toute une nuit ; ce fut alors qu'on se

décida à lier la carotide. La ligature n'a donné aucun résultat.

Des injections d'eau chaude diminuèrent l'écoulement sanguin. Le malade était tellement anémié qu'on recourut à la transfusion d'eau salée. L'hémorrhagie complètement arrêtée, le malade revint à lui peu à peu.

Lewis aussi, en 1888, dans le Journal médical britannique, cite trois cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie.

Le premier est chez une jeune fille de 18 ans, avec une amygdale de grosseur moyenne. La lésion d'un vaisseau derrière le pilier antérieur lui avait donné quelques troubles hémorrhagiques ; le tissu était si fragile que tout essai de torsion manquait complètement.

Finalement, des pressions intérieures et extérieures faites avec les doigts arrêtaient l'écoulement sanguin.

Le second est celui d'un homme de 21 ans, qui avait les amygdales grandes et fibreuses. Une hémorrhagie abondante s'étant produite cinq heures après l'opération, avait persisté assez longtemps, malgré tout essai de compression.

Dans le troisième cas, l'hémorrhagie était dangereuse.

Après l'amygdalotomie, le sang a été arrêté par les moyens ordinaires ; mais deux heures après on appela l'opérateur, qui trouva la malade (une femme d'un âge moyen) dans un état alarmant. La cavité buccale et les fosses nasales étaient baignées dans un flot de sang et la malade se trouvait dans un affaissement fatal.

Le sang coulait par la partie inférieure de la plaie, si rapidement que la malade ne pouvant cracher avait l'estomac distendu par la grande quantité sanguine.

Les compresses et les applications de perchlorure de fer à haute dose et de l'eau-de-vie arrêtaient l'hémorrhagie.

Le D^r Hall, dans le Journal médical (New-York) cite deux cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie qui ont été présentés à sa pratique.

Le premier était celui d'un garçon de 11 ans. L'amygdalotomie de l'hypertrophie tonsillaire droite était faite avec l'amygdalotome de Mathieu en mars 1882. L'hémorrhagie était très abondante, mais elle fut arrêtée avec des applications styptiques, pression sur la surface amputée et contre-pression de glace extérieurement.

L'autre cas était celui d'une jeune dame de 18 ans, pesant 160 livres environ et étant extrêmement nerveuse. Le D^r Hall l'avait soignée 10 ans auparavant pour une évolution sérieuse de scarlatine. A ce moment, les deux amygdales étaient un peu hypertrophiées. Il lui conseilla l'amygdalotomie dès qu'elle se trouverait mieux de la scarlatine ; mais rien ne fut fait jusqu'à l'hiver de 1889. Avant de faire l'amygdalotomie il avait employé des lotions astringentes, mais sans aucun résultat ; les deux amygdales étaient alors énormes.

Le 29 juin 1889, l'amygdale droite fut amputée après une injection faite avec une solution de cocaïne au 10/100.

Il fit reposer la malade, lui ordonnant un gargarisme avec l'acide tanno-gallique, après l'opération.

Le saignement est très faible et presque sans douleur.

Le 14 juillet, il a amputé l'amygdale gauche de la même manière. Elle était d'une dureté extrême.

L'amygdalotomie fut faite sans douleur, mais le saignement était un peu plus abondant que l'autre. Le D^r Hall quitta la malade pour quelques moments ; mais on le rappela de suite, car il y avait une hémorrhagie abondante. La malade était pâle, n'avait presque plus de pouls et défaillait fréquemment.

L'hémostase fut faite, mais avec une grande difficulté, par des compressions et des stimulants. La malade mit un certain

temps à se rétablir, car elle était bien tombée dans une anémie profonde.

Enfin, Moure de Bordeaux, en 1890, a décrit une hémorrhagie foudroyante dans une lettre rapportée par Schwartz à la Société de chirurgie, dans laquelle, après une assez vive discussion, un grand nombre de chirurgiens ont critiqué l'amygdalotomie comme étant une opération contestable et mauvaise.

Il s'agissait d'un enfant de 7 ans atteint de végétations adénoïdes et d'une hypertrophie amygdalienne considérable des deux amygdales. Il était sujet à des amygdalites fréquentes, au cours desquelles il suffoquait littéralement.

Pendant l'examen, ses deux amygdales (presque pédiculées tellement elles étaient volumineuses) venaient se croiser sur la ligne médiane. La gauche refoulait en haut le voile du palais et en bas touchait le bord de l'épiglotte. Elles étaient bourgeonnantes, mamelonnées et toujours rouges. Chroniquement enflammées.

Pas de signe d'hémophilie, aucun signe héréditaire.

Le 5 juin, amygdalotomie double. L'écoulement du sang, sans être très abondant, dépassait la moyenne. Badigeonnage des deux piliers avec du jus de citron. Gargarismes à l'eau glacée. Une fois l'écoulement sanguin arrêté, M. Moure quitta l'opéré. Vers 11 heures du matin l'enfant boit un potage et demande à dormir ; mais deux heures après, il est pris de sueurs et de crampes d'estomac et ne tarde pas à vomir une cuvette de sang noir à moitié digéré. Le Dr Moure fut immédiatement appelé et constata une hémorrhagie abondante produite au niveau de l'amygdale gauche, qui se présentait couverte d'un caillot noirâtre. Sans déranger le malade, on lui ordonna de boire glacé avec une surveillance rigoureuse du côté de son entourage. Pour le moment, tout allait bien ; mais huit jours après

une nouvelle hémorrhagie, accompagnée de vomissements de sang, commença aussi abondante que la première fois.

Il y avait, à la partie gauche, une petite surface bourgeonnante d'où s'était détachée une petite escarre qui flottait dans la gorge.

La terminaison fut heureuse et l'enfant a été guéri.

L'observation de Moure est très intéressante, car les recherches que l'on a faites de cas analogues ont prouvé que chez les enfants, des hémorrhagies semblables sont excessivement rares, tandis que chez l'adulte, au contraire, elles sont fréquentes. Ce que démontrent les diverses observations citées précédemment.

Ainsi que nous l'avons dit, l'observation précédente rapportée par Schwartz à la Société de chirurgie a été le sujet de discussions au cours desquelles la plupart des chirurgiens ont blâmé l'amygdalotomie comme étant une mauvaise opération, à laquelle il faut renoncer en la remplaçant par le thermocautère ou le galvano-cautère.

C'est le professeur Quénu qui a pris le premier la parole, et je crois, comme lui, que l'amygdalotomie est une opération défectueuse qui doit disparaître et céder le pas à une thérapeutique plus simple et absolument inoffensive, soit le thermocautère, soit le galvano-cautère.

Les défenseurs de l'amygdalotomie la recommandent comme étant une opération inoffensive; mais je crois, comme Quénu, qu'on ne peut pas déclarer complètement inoffensive une opération qui compte à son passé quelques cas de mort, entre des mains exercées pourtant, soit par accidents hémorrhagiques, soit par la chute, sur la glotte, de fragments d'instruments ou de morceaux d'amygdales.

Le professeur Verneuil a critiqué aussi l'amygdalotomie

chez l'adulte ; car l'hémorrhagie à cet âge est inévitable si l'opération est trop rapprochée, de la paroi inflammatoire ou si la section porte trop profondément au voisinage de la paroi pharyngienne.

Lucas-Championnière, dans la même séance, observe que chez l'enfant on peut indifféremment avoir recours à l'une ou à l'autre méthode. Mais il n'en est plus de même à un âge avancé.

Il rapporte, comme exemple, une observation d'un malade de sa pratique qui a présenté une sérieuse complication hémorrhagique. Il s'agissait d'un jeune homme vigoureux, indemne de toute diathèse hémophilique ou paludéenne, qu'on lui avait adressé pour lui faire l'extirpation des amygdales, tellement dures et volumineuses qu'une intervention s'imposait. Il pratiqua l'opération d'un côté avec l'amygdalotome de Charrière.

L'amygdalotomie ne fut accompagnée que d'un léger écoulement sanguin. Mais au bout d'une demi-heure il survint une véritable hémorrhagie, pour laquelle il a fallu deux heures et demie de compression immédiate avec de la charpie imbibée d'ergotine. On peut supposer le danger que pouvait courir le malade si, immédiatement après l'opération, on le renvoyait chez lui.

Enfin Reclus a bien voulu nous donner les communications suivantes :

J'ai abandonné sans retour, nous dit-il, l'ablation des amygdales au bistouri ou à l'amygdalotome, depuis une série d'accidents auxquels j'ai assisté ou que j'ai provoqués.

Un étudiant roumain est mort d'hémorrhagie dans les mains du maître Paul Broca.

J'ai eu à l'hôpital des Enfants, dans le service de Lanne-

longue, deux hémorrhagies assez inquiétantes ; l'une immédiate et l'autre survenue une demi-heure après l'opération.

L'une et l'autre s'arrêtèrent spontanément.

Il y a trois ans, je suis intervenu chez un jeune homme de la campagne que l'on avait vainement traité par l'électropuncture. Je coupai les amygdales, et au bout de deux ou trois minutes, le sang se mit à sourdre avec tant d'abondance et tant d'insistance que, cette fois, je crus bien perdre mon malade. D'autant que j'étais en pleine montagne, loin de toute officine et de tout arsenal de chirurgie. Heureusement j'eus l'idée de conseiller au malade la position horizontale fixe, l'absence de tout effort, la respiration large, sans se préoccuper de cracher le sang, qui descendait facilement dans l'estomac.

La région put ainsi se décongestionner, et mon opéré en fut quitte pour une anémie de quelques mois.

Depuis cette époque, j'ai renoncé à l'instrument tranchant. Je puis ajouter qu'il y a cinq ans, j'ai sûrement évité une catastrophe en déposant l'amygdalotome, à la seconde même où j'allais l'employer.

Un jeune peintre, célèbre maintenant et que m'avait confié le Docteur Raymond, vint me prier de lui enlever les amygdales.

Au moment où j'allais l'opérer, il me parle d'une hémorrhagie quasi-foudroyante qu'il avait eue autrefois à la suite de l'ouverture d'un abcès de la gorge. Pour tâter son hémophilie, je lui sectionne d'un coup de ciseau la luette exubérante, et du sang se met à jaillir d'une façon si continue que, pour l'arrêter, je dus laisser à demeure une pince à forcipressure, et, au bout de quelques jours seulement, je détruisis ses amygdales en trois séances de thermo-cautérisation.

Telles sont les raisons qui ont fait abandonner à M. Reclus l'amygdalotomie.

Enfin, à la séance du 22 avril 1892, de la Société clinique de Londres, M. Arbuthnot-Lane rapporte l'observation d'un homme âgé de 21 ans, chez lequel l'ablation d'une amygdale, pratiquée le 16 décembre dernier, fut suivie d'une perte de sang d'environ un demi-litre, qui se renouvela trois jours après avec persistance, jusqu'au 22, malgré tous les moyens employés pour obtenir l'hémostase. Le malade fut alors transporté mourant à l'hôpital, où des injections salines lui furent pratiquées. Il s'ensuivit une amélioration rapide dont Lane profita pour lier la carotide primitive.

L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

L'examen de la plaie n'a permis de constater la section d'aucun vaisseau important, et rien, dans les antécédents du malade, ne peut expliquer la persistance de l'hémorrhagie.

On peut encore citer un grand nombre d'observations, mais toutes calquées sur le même modèle.

Notre collègue Ricordeau, dans sa Thèse, en a colligé 53 exemples, en affirmant qu'il serait facile d'en grossir le chiffre.

Wraght (dans le journal *New-York Medical*, 1890) a pu, d'un autre côté, réunir 34 cas d'hémorrhagie, avec deux morts, dont l'un chez un enfant de 8 ans $1/2$.

Mais, dans ce dernier cas, la mort a été causée par l'ouverture de la carotide interne, par le fait d'une anomalie anatomique qu'elle présentait.

Par les exemples que nous venons de citer, nous concluons qu'il faut absolument renoncer à l'ablation des amygdales, soit au bistouri, soit avec l'amygdalotome, cette opération étant contestable et mauvaise.

Si, à côté des dangers hémorragiques pour lesquels nous avons, avec raison, tant insisté, nous tenons compte des autres accidents, la déglutition de l'amygdale, la déglutition du sang suivie d'hématémèse, l'inflammation du moignon restant, qui, s'enflammant, peut se compliquer d'un œdème mortel de la glotte (Bouchacourt), nous concluerons que rien ne vaut l'iguipuncture.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES PAR L'IGNIPUNCTURE

Nous avons déjà dit que l'hypertrophie des amygdales est une affection (résultat des amygdalites) qui se présente aussi bien chez les enfants que chez l'adulte, et se caractérise par des troubles qu'elle apporte à la santé générale, dont les principaux sont l'altération de l'ouïe, de la voix, gêne de la respiration, déformation de la paroi thoracique, coryzas fréquents, bronchites, et enfin un affaiblissement général de l'organisme, plus ou moins accentué d'après la prédisposition et l'état diathésique de l'individu.

L'inefficacité des moyens médicaux est presque certaine, à cause du petit nombre de succès. Les toniques, les astringents, les caustiques, sont toujours employés, mais sans aucun avantage.

L'ablation des organes malades est le seul remède efficace auquel on a toujours recours.

Le traitement chirurgical a, de tous temps, tenu le premier rang.

Louis, dans un mémoire sur la résection des amygdales tuméfiées, fait un historique complet des moyens employés pour la cure de l'hypertrophie amygdalienne.

Depuis plusieurs siècles déjà, les chirurgiens, craignant les

récidives et les hémorrhagies, ont cherché à remplacer l'amputation par la ligature et la cautérisation.

Guillemeau est le premier qui a traité l'hypertrophie des amygdales par la ligature, et son exemple fut suivi par d'autres, tels que Juncks, Scharp, et plus tard par Cooper.

Chassaignac qui, par son écraseur linéaire, avait tant facilité l'opération, rencontra de telles difficultés qu'il y renonça.

C'est à Brumus, chirurgien de Padoue (1252), que nous devons les premiers essais de cautérisation ; mais il avait indiqué ce moyen, non pour combattre l'hypertrophie, mais pour éviter les récidives qui suivaient l'opération avec les instruments tranchants.

Le cautère actuel fut mis en usage la première fois par Séverin, de Naples (1252), pour la cure de l'hypertrophie amygdalienne. Louis fait l'éloge de ce procédé en le considérant comme un moyen plus facile, moins douloureux, plus sûr et moins dangereux que la résection.

Heister, en 1683, parle favorablement de la cautérisation en énumérant les diverses substances qu'il faut employer (solution de sel ammoniac, eau escarotique), préparée avec de l'eau forte et une quantité de vif-argent qu'on dissout sur le feu.

Wiseman (1734), dans sa *Chirurgie*, rapporte que Edwards Moll enfonce à plusieurs reprises son cautère dans la profondeur de la glande, de façon à y former un vide.

Barrier et Philippaux, de Lyon, s'occupant de cette question, ont voulu remplacer le cautère actuel par un instrument spécial, destiné à porter l'agent caustique au contact de l'amygdale.

Maisonneuve, en 1857, emploie les flèches caustiques. Mais les grandes difficultés qu'il rencontre, soit pour le placement convenable des flèches sur les parois amygdaliennes, soit à cause du voisinage des voies digestives et respiratoires et enfin, à cause de la carotide interne, l'ont fait renoncer à ce procédé.

Smith a imaginé un procédé assez comparable à celui de

Barrier. Il consiste à faire à la surface des amygdales des applications répétées de substances caustiques, à l'aide d'une petite cuillère métallique aplatie et montée sur un manche.

De tout ce que nous venons de dire nous concluons que la cautérisation a été employée depuis bien longtemps contre l'hypertrophie amygdalienne. Mais l'incommodité de l'opération dut céder la place aux instruments tranchants et principalement à l'amygdalotome.

La cautérisation, tombée depuis longtemps en désuétude, a dû reconquérir la faveur des médecins grâce au travail de Krishaber, dans lequel il énumère les avantages de la thermo-cautérisation.

Depuis cette époque un grand nombre de chirurgiens recoururent à ce procédé et l'acceptent même comme le seul favorable et inoffensif contre l'hypertrophie amygdalienne.

Nous n'avons qu'à citer les noms de Quénu, Verneuil, Tédénat, Forgue, Reclus, Lucas-Championnière, de St-Germain et tant d'autres, qui furent obligés de renoncer complètement aux instruments tranchants.

Dans les thèses de MM. Verdinal, Ricordeau, Gache, Chauvau et Dedard, on peut lire les avantages de cette méthode. Nous ne ferons que reprendre le même sujet, qui depuis quelque temps a trouvé beaucoup de défenseurs.

Nous commencerons par les indications et les avantages de de l'ignipuncture et nous finirons par la description du manuel opératoire, qui d'ailleurs est bien simple et peut être à la portée de tous médecins, chirurgiens ou non.

INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE

Les indications de l'ignipuncture, beaucoup plus étendues et plus vastes que celles de l'amygdalotomie, se rapportent à l'âge, à la constitution du malade, dans la forme, la consistance et les dispositions anatomiques des glandes, et enfin dans les cas de récurrence après l'amygdalotomie.

L'ignipuncture convient particulièrement à un certain nombre d'amygdales qui, sans arriver en contact l'une avec l'autre, dépassent le bord des piliers, causent un grand nombre de troubles à la santé générale et exposent le patient à des angines fréquentes.

Les indications de l'amygdalotomie, d'après de St-Germain, ne se rapportent, au contraire, qu'à des amygdales qui se touchent avec procidence de la luette.

Si on peut encore recourir à l'amygdalotomie chez les enfants, à cause du petit nombre d'accidents hémorragiques, on y renonce complètement chez l'adulte.

De St-Germain nous dit qu'il faut éviter d'enlever les amygdales après dix-sept ou dix-huit ans passés.

On ne doit le faire que quand on y est forcé et appuyé sur une indication absolue. Sans quoi, on risque beaucoup d'accidents, dont les plus redoutables sont les hémorragies, sur lesquelles nous avons assez insisté.

Guersant, dans sa *Chirurgie des Enfants*, est du même avis ; car, après un nombre considérable d'amygdalotomies pratiquées chez l'enfant, les accidents hémorragiques sont presque nuls. En revanche, il a rencontré un assez grand nombre d'accidents hémorragiques chez l'adulte.

Parmi ses opérés, était le professeur Axenfeld, alors son interne, qui a voulu se faire enlever les amygdales par son maître; mais immédiatement après l'opération, survint une hémorrhagie veineuse qu'on put difficilement arrêter.

Verneuil, Lucas-Championnière, ainsi que notre professeur Forge, sont du même avis que les autres.

La seconde indication de l'ignipuncture est l'état inflammatoire des amygdales, qu'il ne faut jamais enlever tant que l'inflammation persiste.

Dans le cas contraire, on devine facilement les conséquences quand on se trouve en présence d'un tissu amygdalien friable, mou, sans aucune résistance, qui échappe facilement à l'instrument, et qui, se déchirant en morceaux, peut risquer de tomber sur l'orifice supérieur du larynx et déterminer des troubles de la respiration, comme il est arrivé à Tillaux, qui a sauvé son malade en rattrapant avec les doigts les parties enlevées.

Outre les hémorrhagies qui, à cause de l'augmentation des vaisseaux provenant de l'inflammation, sont beaucoup plus fréquentes, on peut subir d'autres conséquences dont on s'aperçoit facilement quand on se trouve en leur présence.

Une troisième indication de l'ignipuncture est quand les amygdales sont enchâtonnées ou encapuchonnées.

Dans ce cas-là, quoique les amygdales soient augmentées de volume, à cause de la proéminence tendineuse des piliers, elles ne laissent saillir entre leurs bords que le sommet de l'amygdale.

Dans de pareilles conditions, si on veut faire l'amygdalotomie, on ne parvient d'aucune façon à saisir toute l'amygdale, qui est protégée par les piliers contractés. Alors, à quoi aboutit-on souvent?

On ne fait que moucher la glande ou, d'après Richard, à

ébarber simplement la tumeur tonsillaire, ou même on ne retire rien du tout.

Souvent, si on insiste avec l'amygdalotome, d'après Garel, de Lyon, on court un grand danger ; car, en sectionnant une partie des piliers qui fait corps avec l'amygdale, on peut amener parfois des hémorrhagies graves, à cause du grand nombre de vaisseaux des piliers.

Notre professeur, M. Forgue, dans son remarquable ouvrage de Thérapeutique chirurgicale, signale avec raison que, pour les amygdales enchâtonnées, rien ne vaut la thermo-cautérisation. En effet, nous n'avons qu'à nous présenter nous-même comme exemple, car, ainsi que nous le dirons plus loin, nous n'avons pu nous débarrasser des amygdales enchâtonnées que par l'ignipuncture.

Terrillon rapporte une observation (en 1880) d'une hypertrophie amygdalienne accompagnée de concrétions, qui, par leur résistance, rendaient l'amygdalotomie impossible, soit par le bistouri, soit avec l'amygdalotome.

Si on opère avec le bistouri, la résistance que l'on rencontre et qui empêche d'avancer, indique la présence de la concrétion ; alors, dans ce cas de pseudo-hypertrophie amygdalienne ou inflammation lacunaire, il faut continuer la section en arrière, puis en avant, et terminer ensuite l'incision de la partie supérieure de la glande.

D'après Hoffmann, on peut arriver à un bon résultat en déchirant les cryptes à l'aide d'un crochet mousse, après avoir maintenu l'amygdale au moyen d'une palette creuse.

Avec l'amygdalotome, l'opération est encore plus difficile, et la grande résistance qu'on rencontre peut briser l'instrument, dont les morceaux, tombant dans le pharynx, peuvent être la cause d'accidents des plus redoutables.

Dans ce cas-là aussi, l'ignipuncture peut rendre de très

grands services. On n'a qu'à retirer le calcul en débridant le tissu par-devant, sans aucun écoulement sanguin.

Garel, de Lyon, pratique cette petite opération à l'aide d'un crochet galvano-caustique, qu'il plonge dans la profondeur des cryptes, dont il fend la partie interne du haut en bas.

Il faut renoncer aussi à l'amygdalotome et avoir recours à l'ignipuncture, quand il s'agit de malades hémophiles qui saignent au moindre prétexte. Dans ce cas-là, en ayant recours à l'ignipuncture, on évite les accidents hémorrhagiques qui menacent la vie du malade.

Une autre indication de l'ignipuncture ce sont les grosses amygdales irrégulières, criblées et accompagnées d'inflammation qui, d'après Bouchard, sont un indice de microbisme latent. Dans ces foyers d'infection se forment des réveils fréquents d'une inflammation mal éteinte. Il est prudent, pour détruire ce germe, de les traiter par l'ignipuncture.

Enfin, les récidives consécutives à l'amygdalotomie sont une contre-indication de son application, même d'après les auteurs anciens, qui, dans ce cas, avaient recours à l'ignipuncture.

« Vous verrez, nous dit de Saint-Germain, quand vous aurez de la pratique, que neuf fois sur dix, celui qui se sert de l'amygdalotome ne coupe qu'une partie de la glande en se félicitant d'avoir fait une bonne opération. Puis, qu'arrive-t-il ? L'amygdale reprend bientôt le volume qu'elle avait auparavant, et on va chercher un autre chirurgien. »

Je me rappelle, en effet, avoir remarqué sur moi-même que les amygdalotomies que j'ai subies, au lieu de faire diminuer mes amygdales de volume, leur avaient donné, au contraire, en peu de temps, des dimensions plus considérables.

Passons, maintenant, aux avantages de l'ignipuncture, qui

sont nombreux, mais dont les principaux sont au nombre de cinq, et se caractérisent par la facilité de l'opération, l'innocuité, la possibilité de graduer l'atrophie par son application, dans les cas où les instruments tranchants sont formellement contre-indiqués, et enfin par l'absence des complications et des dangers qui surviennent après l'amygdalotomie (hémorrhagies, récidives et contagion diphtéritique).

Les défenseurs de l'amygdalotome parlent avec grand enthousiasme de la simplicité de l'opération ; mais je crois que les cas d'application avec résultat satisfaisant sont si rares qu'on peut dire que cette opération est difficile et, dans certains cas, même impossible, si nous nous rapportons à la critique de Richard, qui, en parlant d'une certaine forme des amygdales, nous dit « qu'il faut assister aux tristes efforts du chirurgien, qui s'acharne à l'application de l'amygdalotome, pour être singulièrement refroidi sur son emploi. »

Ne parlons pas du bistouri, dont l'emploi est toujours considéré comme difficile et comme une opération qui doit être regardée comme plus que téméraire.

Pour donner une idée de la difficulté de l'opération, nous n'avons qu'à nous rapporter au dire de St-Germain qui, ayant rencontré un jour Nélaton dans un quartier éloigné et lui ayant demandé ce qui l'y amenait : « Je vais, dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter ». Il faisait allusion à l'amygdalotomie qui, si simple et si facile d'après l'opinion de ses défenseurs, n'empêche pas cependant l'embarras des chirurgiens les plus habiles et du plus grand mérite.

L'innocuité de l'ignipuncture se caractérise par l'enfoncement simple d'une aiguille chauffée au rouge brun, dans la profondeur des amygdales insensibilisées avant par une solution de cocaïne. Sans aucun accident et après quelques caractères distinctifs, on y revient au bout de quelques jours, sans avoir à redouter les craintes du malade, ni les conséquences

désagréables de l'amygdalotomie : blessure des organes voisins et hémorrhagies soit de vaisseaux provenant de la carotide externe, soit de la carotide interne, qui, bien qu'elle passe à une distance assez notable, a été blessée quelque fois accidentellement, comme l'indiquent les cas authentiques de Béclard, Tenon, Barchay et de St-Germain.

Si le patient fait un mouvement, le seul inconvénient qu'on puisse avoir avec l'ignipuncture, c'est de produire de légères brûlures aux piliers ou à la base de la langue, qui guérissent dans quelques jours, sans aucune altération de la santé générale.

Exposer le malade aux accidents hémorrhagiques, est un des plus graves reproches qu'on puisse faire aux instruments tranchants.

Nous avons assez dit jusqu'à quel point ces hémorrhagies sont fréquentes.

La perte d'une grande quantité de sang est souvent cause d'un affaiblissement de la santé générale pour plusieurs mois. Elle fait cause commune avec une anémie chronique qui déjoue l'habileté du médecin et épuise la patience de ceux qui entourent le malade.

La possibilité de graduer l'atrophie des amygdales est un des avantages aussi de l'emploi de l'ignipuncture.

L'amygdalotomie, ou l'enlèvement brusque des glandes, peut quelquefois déterminer des troubles de la voix et de l'audition.

D'après Headland, l'absence des amygdales pourrait entraîner des troubles de l'hématose. Mais ces critiques doivent être considérées comme peu importantes et d'une mince valeur.

Avec l'ignipuncture, faite dans l'intervalle de quelques jours comme nous le verrons, on évite toute critique, car en détruisant le tissu hypertrophié en quelques séances on peut chaque fois suivre la marche de destruction et suspendre le traitement dès qu'on le juge nécessaire.

Enfin nous avons un autre cas pour lequel l'avantage de la méthode ignée est irréprochable.

C'est ainsi que nous avons déjà parlé de certaines conformations anatomiques particulières, qui rendent l'application de l'amygdalotome difficile et souvent impossible. Alors pour ces amygdales enchâtonnées, comme on les appelle, rien ne vaut l'ignipuncture.

Il nous reste encore un autre avantage de la méthode ignée, qui est l'absence de quelques complications qui surviennent après l'amygdalotomie.

Les récidives et la contagion diphtéritique sont les deux inconvénients qu'on peut éviter par l'ignipuncture. Quand on ne peut enlever qu'une partie seulement de l'amygdale hypertrophiée, quelques jours après l'opération, l'amygdale, au lieu de diminuer de volume, reprend au contraire son ancienne grosseur et augmente même quelquefois.

La contagion diphtéritique est une complication aussi de l'emploi des instruments tranchants, car par la formation d'une plaie on expose les malades à l'infection, en donnant une porte d'entrée libre au microbe diphtéritique.

Avec raison alors, M. de St-Germain nous donne le conseil suivant :

« Si vous êtes, dit-il, au milieu d'une épidémie diphtéritique, tâchez de couper le moins possible les amygdales hypertrophiées. » En agissant de la sorte, il n'a pu observer que deux cas seulement d'une complication de diphtérie après l'amygdalotomie.

Voici comment, en quelques mots, notre professeur M. Forgue résume les sûres indications de l'ignipuncture :

Insuffisance ou imperfection de l'outillage, grosses amygdales des adultes ou des hémophiles, amygdales récemment enflammées, amygdales bilobées ou enchâtonnées.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ TECHNIQUE

Quoique l'application du fer rouge sur le tissu amygdalien soit peu douloureuse, il est préférable, pour éviter toute sensibilité et tout mouvement réflexe, de badigeonner toute la région de l'isthme du gosier avec une solution de cocaïne. Cette précaution présente plusieurs avantages. Elle insensibilise le champ opératoire, supprime les réflexes du vomissement qui sont très fréquents et très faciles à provoquer chez certains sujets et rend l'opération plus facile, par suite de l'immobilité absolue des glandes.

La solution qu'on peut employer pour obtenir l'effet indiqué plus haut, doit être au quart ou au dixième. Une fois la solution faite, on badigeonne à l'aide d'un pinceau ordinaire toute la région de l'isthme du gosier (piliers, luette, base de la langue, amygdales) trois ou quatre fois dans quelques minutes d'intervalle et on recommande au malade de ne pas cracher, afin que la cocaïne produise son effet. Quand l'anesthésie est complète, on commence alors l'opération ; mais, avant, il faut s'occuper de la position à donner au malade. Position qui devient variable, selon que l'on a affaire à un enfant ou à un adulte.

Si l'opéré est un adulte raisonnable, il suffit tout simplement qu'il soit assis en face du chirurgien près d'une fenêtre bien éclairée. Si au contraire l'opéré n'est pas raisonnable, on lui maintiendra solidement la tête, la bouche ouverte par un dilateur.

S'il s'agit d'un tout jeune enfant, il faut le mettre sur les genoux d'un aide qui le tiendra immobile d'après la position classique de l'amygdalotomie. L'aide maintient les jambes de l'enfant

immobiles entre les siennes, à l'aide d'une de ses mains serre fortement celles de l'enfant, tandis qu'avec l'autre, appliquée sur le front, il lui maintient la tête immobile en la serrant sur sa poitrine.

Chez les enfants, pour plus de facilité (d'après Saint-Germain) on peut avoir recours au spéculum buccal inventé par lui. Ce spéculum consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, par conséquent plus large que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives et présentant à sa partie intérieure un prolongement destiné à déprimer la langue.

Cet instrument, introduit dans la bouche de l'enfant, est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure, qui, lorsque les incisives l'ont dépassé, le retient en arrière de celle-ci sans que le malade puisse s'en débarrasser. La langue fortement déprimée par la pièce que nous avons décrite, permet l'examen parfait de la gorge, examen rendu plus facile encore par la lumière réfléchie sur la surface argentée du spéculum. Si bien que l'instrument mis en place, les amygdales apparaissent dans leur entier sans que la langue puisse masquer en quoi que ce soit leur surface (de Saint-Germain, *Maladies de l'enfance*, 1884).

Je crois qu'on ne peut guère se servir de ce spéculum chez les enfants, parce que l'enfant, sachant qu'il va subir une opération, se prêterait difficilement à ouvrir la bouche et gênerait l'opérateur par l'impatience ou la brusquerie de ses mouvements.

Terson (Thèse de Paris, 1891, sur la galvano-puncture) donne la préférence à l'ouvre-bouche de Colin, dont l'avantage est qu'un seul numéro suffit et qu'une fois appliqué, il ne peut se déplacer, malgré tous les mouvements et efforts de l'enfant.

L'ouvre-bouche de Colin est fondé sur le principe de pince à forcipressure, avec la différence que la crémaillère sert à ou-

vrier l'instrument au lieu de le fermer. Les mors de la pince sont remplacés en haut par un double crochet qui embrasse le bord libre des incisives supérieures, tandis qu'en bas un abaisse-langue portant à sa base une rainure à concavité inférieure, sert à tenir les incisives inférieures.

Nous ne pouvons faire aucune critique sur les avantages de cet instrument, puisque nous ne l'avons pas vu mettre en usage. Mais nous croyons que chez l'enfant, il faut autant que possible éviter les instruments compliqués.

Une autre position encore plus simple pour l'enfant et que nous avons vu mettre à profit par notre professeur M. Forge est la suivante :

L'aide, ou la mère, tient l'enfant sur les genoux, les pieds serrés et immobilisés d'après le procédé indiqué. On immobilise alors les mains de l'enfant en fixant les bras le long du corps, à l'aide d'une bande ou d'une serviette passée autour de la poitrine. On tient la bouche ouverte à l'aide d'un dilatateur improvisé, se composant d'un morceau de bois recouvert d'un morceau de caoutchouc. Après avoir immobilisé la tête et abaissé la langue au moyen d'un abaisse-langue, on commence l'opération. Malgré toutes ces précautions, malgré le secours des aides il est impossible de mettre en pratique la méthode du thermo-cautère ou du galvano-cautère chez l'enfant, puisque même par cette dernière, on ne peut pas éviter les brûlures dans la cavité buccale.

Je crois alors que chez les enfants le meilleur traitement est l'amygdalotomie, dans le cas où il n'existe aucune contre-indication, quand on pense surtout qu'avant la puberté le danger d'hémorrhagie est à peu près négligeable.

Le patient étant dans une position commode, la tête un peu inclinée du côté de l'amygdale sur laquelle on va opérer, et l'abaisse-langue, qui protège la muqueuse, empêchant tout mouvement, on procède à l'ignipuncture.

On peut employer indifféremment soit le thermo-cautère, soit le galvano-cautère. Nous donnons la préférence au premier, pour les motifs que nous donnerons plus loin.

On fait glisser le thermo-cautère (modèle Paquelin) armé d'un cône très pointu, mais à base assez large. La pointe du thermo-cautère en usage est celle dont le diamètre est environ de 2 millim. et sa chaleur rayonnante presque nulle.

Cette chaleur ne dérange pas le patient. On enfonce la pointe du thermo-cautère, rougie jusqu'au sombre, à 5 ou 6 millim. dans le tissu tonsillaire, qu'on tâche, autant que possible, de transpercer de part en part, et on pratique successivement cinq ou six ponctions (au maximum) dans chacune des deux amygdales.

Chaque cautérisation doit être séparée par une distance de quelques millimètres, en ayant soin de laisser dans l'intervalle quelques minutes de repos au malade. Ainsi se forment, d'après M. Forgue, de véritables « capitons » cicatriciels qui commencent la rétraction scléreuse de la glande.

La pointe est rougie jusqu'au sombre pour empêcher l'hémorrhagie. Le fer chauffé à blanc pourrait faire couler quelques gouttes de sang amenant sur-le-champ une quinte de toux.

Si cet accident survenait, il serait facile à arrêter par le contact de la pointe légèrement refroidie sur la partie saignante. Cette distance de quelques millimètres entre les deux cautérisations est une excellente précaution. Trop de rapprochement entre les parties cautérisées pourrait produire une sphacèle de la substance intermédiaire et une petite excavation ulcérée, endolorie par les mouvements de déglutition.

Il faut se garder aussi d'imprimer à l'instrument de petits mouvements qui auraient pour résultat de déchiqueter la glande et de la déformer.

Pour éviter cet inconvénient, on immobilise pendant une ou

deux secondes la pointe du thermo-cautère dans le tissu amygdalien.

Au bout de quatre jours ou mieux de huit jours, on fait une séance nouvelle. Deux séances suffisent parfois; mais souvent on peut arriver jusqu'à cinq. En espaçant le plus possible les opérations, on peut savoir si on doit recourir encore au thermo-cautère.

Il faut deux mois, au maximum, pour que la cicatrice devienne sclérosée.

Après chaque séance, il n'y a aucun soin à prendre, aucune prescription à faire, si ce n'est quelques gargarismes antiseptiques avec de l'eau boriquée. Les malades peuvent même sortir, mais il ne faut pas qu'ils s'exposent au refroidissement, à cause des accidents inflammatoires du côté des organes malades.

La guérison s'obtient en moins de quinze jours; mais avant, dès les premières séances, on sent l'efficacité du traitement par la diminution des troubles de la santé générale (facilité de la respiration, déglutition, etc.).

Il est surtout nécessaire de laisser passer huit jours entre chaque séance.

En agissant de la sorte, on laisse le temps nécessaire à la rétraction tardive du tissu glandulaire, qui commence quelques heures après l'opération et qui va progressivement jusqu'à la sclérose complète de la cicatrice.

S'il s'agit de galvano-cautère on peut employer le modèle portatif Chardin, qui se compose d'une pile au bichromate de potasse avec des éléments au zinc et au cuivre, et plusieurs espèces de couteaux, dont deux sont les plus usuels: le premier, formé d'une simple pointe de fil de platine coudée à angle très aigu avec des fils de laiton, fait fonction de couteau; le second est formé d'une anse de platine contournée en spirale ou en tire-bouchon, avec une surface, par conséquent, plus considérable. Pour plus de détails, nous renvoyons à la thèse de Terson, sur la galvano-puncture.

Voilà tout ce que j'avais à dire sur l'ignipuncture et les raisons que j'avais à donner pour recommander ce traitement, que je considère comme efficace et inoffensif.

Il est d'usage, à la fin de travaux analogues à celui-ci, de citer en terminant quelques cas de guérison confirmant les faits indiqués. C'est sans doute à une énumération de ce genre que vous vous attendiez de ma part au cours de cette étude, et vous étiez en droit de l'attendre, puisque toute théorie doit trouver sa preuve dans la pratique, s'appuyer sur cette dernière et se confirmer par elle.

Je ne dérogerai point non plus à cette loi. Mais au lieu d'indiquer des exemples pris chez les autres, je préfère me prendre moi-même et suppléer, en rapportant les observations faites sur ma propre personne, aux constatations que j'aurais pu faire sur d'autres malades atteints de la même affection que moi. Ces constatations, du reste, se trouvent consignées en grand nombre dans les thèses antérieures, puisque, comme je l'ai dit au début, je ne suis pas le premier à avoir entrepris l'étude du traitement par l'ignipuncture.

Jeune encore, étant d'une diathèse lymphatique, je souffrais des amygdales que j'avais assez développées. Le moindre refroidissement me donnait mal à la gorge et des angines fréquentes dont je me débarrassais par un traitement antiphlogistique.

Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, une amygdalite aiguë se déclara, bientôt suivie d'hypertrophie avec troubles de la santé générale, troubles de la voix, coryzas fréquents, troubles de l'ouïe et surtout de la respiration, qui était si gênée que j'étais obligé, la nuit principalement, d'employer mes doigts comme dilatateurs pour laisser libre le passage de l'air entre la bouche et le pharynx, passage interrompu par l'hypertrophie des amygdales, dont les deux faces internes venaient presque en contact.

Quand je me suis aperçu que ma respiration se trouvait si gênée, je me suis vu forcé de recourir à l'amygdalotomie, qu'on m'avait conseillée depuis longtemps comme étant une opération efficace et radicale.

Plusieurs applications faites par intervalles sur mes amygdales hypertrophiées n'ont fait que les moucher tout simplement en tirant un mince morceau de muqueuse, et pas plus.

L'amygdalotomie était presque indolore, bien que l'opération n'ait été précédée d'aucun badigeonnage de cocaïne. Heureusement, il n'y eut pas non plus d'accidents hémorrhagiques. Mais, à la suite, de grandes souffrances m'ont obligé à garder la chambre pendant quelques jours, car l'amygdalotomie avait produit une inflammation des amygdales accompagnée de fièvre, surtout le soir, et d'une difficulté de déglutition très intense, empêchant même le passage des liquides (lait, bouillon), qui étaient ma seule nourriture pendant quelque temps.

Une fois l'inflammation passée, je voulus examiner mes amygdales. Ni la forme, ni le volume n'avaient diminué. Bien plus, je remarquais que l'amygdale opérée avait augmenté de volume en s'allongeant davantage vers la cavité pharyngienne.

Dans cet examen sommaire, j'ai pu constater que mes amygdales remplissaient complètement la cavité des piliers, qu'on ne pouvait presque distinguer. Dans leur hypertrophie, elles avaient perdu la forme staphyloïde et s'étaient en arrière sur une surface assez large, sans présenter aucun sommet sur lequel on pût appliquer l'amygdalotome.

Il est évident que la guillotine de l'amygdalotome, appliquée dans un cas pareil sur des amygdales « enchâtonnées », n'a d'autre effet que de les ébarber, tout simplement.

Après ces amygdalotomies, accompagnées de grandes souffrances et d'un résultat négatif, je suis allé consulter mon professeur, M. Forge, qui m'avait conseillé l'ignipuncture au

thermo-cautère. En effet, au bout de quelques jours, nous avons commencé les séances, sans éprouver d'autres souffrances qu'une légère douleur à la déglutition et qui n'a subsisté que les premiers jours.

Après un badigeonnage de cocaïne, cinq pointes de feu à distance furent suffisantes pour amener la rétraction du tissu amygdalien. Avec cinq séances faites dans un mois et demi, je fus débarrassé complètement de mes énormes amygdales et des troubles qu'elles apportaient à ma santé générale.

Sur une de mes amygdales, j'ai voulu essayer aussi le galvano-cautère ; mais j'ai trouvé que le traitement, non seulement était plus long, mais aussi qu'il était plus douloureux que par le thermo-cautère ; car, après l'application, je sentais des douleurs, non seulement à la déglutition, mais encore une contraction musculaire douloureuse du cou, qui durait pendant quelques jours.

PARALLÈLE ENTRE L'AMYGDALOTOMIE, LE GALVANO-CAUTÈRE
ET LE THERMO-CAUTÈRE

Avant de finir notre étude sur l'ignipuncture, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de faire une comparaison sommaire entre ces trois procédés en usage, en faisant ressortir les avantages aussi bien que les inconvénients de chacun d'eux. Les défenseurs de l'amygdalotomie la vantent avec beaucoup d'enthousiasme comme étant une opération rapide et facile. Mais si on voulait arriver à un bon résultat, il faudrait la mettre en pratique sur les amygdales dégagées mobiles, ovoïdes ; enfin, avec une surface sur laquelle on puisse facilement appliquer la guillotine de l'instrument. Tandis que, à

cause de la déformation du tissu hypertrophié, de sa résistance et de son volume, on peut difficilement trouver des amygdales qui s'adaptent bien ; alors, dans la plupart de ces cas, qu'arrive-t-il ? On tire facilement et rapidement la guillotine, mais en ne retirant qu'un petit morceau de l'amygdale, ou rien du tout.

Dans ces conditions, on ne peut éviter ni les récives, qui, d'après Ruault, surviennent toutes les fois que l'on n'a pas pu enlever au moins les deux tiers des amygdales, ni les dangers hémorragiques sur lesquels nous croyons inutile de revenir.

Nous concluons alors qu'il n'y a aucun avantage à employer un procédé que nous avons souvent, et avec raison, caractérisé comme défectueux.

Le galvano-cautère ou le thermo-cautère est une opération facile, indolore et sans aucun danger. Mais le galvano-cautère, à cause de son instrumentation compliquée et de son prix élevé, n'est pas à la portée de tout le monde médical.

C'est à cause de sa complication qu'on trouve une grande difficulté à faire marcher l'instrument. On s'imagine alors les désagréments qu'on éprouve quand on est loin de la capitale et qu'il faut l'y envoyer pour le réparer.

Chez les enfants, le galvano-cautère est encore le procédé le plus facile à appliquer, et Terson, dans sa thèse inaugurale nous cite un grand nombre de cas de guérison. Cependant, malgré la grande commodité que ses défenseurs lui donnent, en se rapportant à la suppression volontaire des rayons calorifiques, cela n'empêche pas souvent, à cause de l'indocilité de l'enfant, d'éviter les brûlures de la langue, ainsi que des lèvres, comme dans un cas auquel nous avons assisté chez notre professeur, M. Forgue. C'est pour cette raison que nous donnons la préférence à l'amygdalotomie dans le cas où il n'existe pas de contre-indication.

Le thermo-cautère est toujours possible. Il convient pour

toutes les amygdales déformées, volumineuses ou dures. Il est simple et facile, et il ne faut pas être un chirurgien de grande valeur pour le mettre en usage.

Son rayonnement, dont on a tant parlé, est presque nul, et nous avons été bien étonné et bien surpris quand on a voulu nous demander des renseignements à ce sujet.

La seule critique qu'on pouvait faire jusqu'à présent était la longueur du traitement, puisque nous avons dit qu'il fallait quatre séances à huit jours d'intervalle. Mais nous sommes bien aise de communiquer que, d'après des renseignements tout récents de M. Reclus, on est arrivé à diminuer considérablement le nombre des séances, car ce chirurgien a pu détruire des amygdales d'un certain volume en deux séances seulement.

CONCLUSIONS

I. Les hémorrhagies, après l'amygdalotomie, sont fréquentes, surtout chez l'adulte.

II. La lésion de la carotide interne est rare et provient soit de la forme de l'instrument du chirurgien, soit d'une anomalie anatomique, ou d'un mouvement du patient.

III. Les hémorrhagies qu'on rencontre assez souvent proviennent des vaisseaux propres des tonsilles.

Artères. — Ces artères, dans la plupart des cas, viennent de la palatine ascendante, qui naît de la maxillaire interne, ou directement de la carotide externe.

Quelquefois on rencontre l'amygdale tirant son sang de plusieurs vaisseaux.

On peut trouver en même temps l'artère tonsillaire venant de la palatine, une autre artère venant directement de la carotide externe ainsi que de la dorsale de la langue. Dans certains cas, l'artère tonsillaire vient de la pharyngienne ascendante.

Veines. — Qui se présentent sous forme de plexus amygdalien et plexus pharyngien.

Capillaires. — Qui donnent une hémorrhagie en nappe et dont la cause n'est pas encore connue.

IV. Les vaisseaux tonsillaires, quoique d'un petit calibre,

peuvent donner une hémorrhagie qui par sa résistance et sa longueur devient inquiétante par l'anémie de l'individu.

V. L'amygdalotomie est une opération contestable, à laquelle il faut renoncer, surtout chez l'adulte, à cause de son résultat négatif et de ses accidents consécutifs.

VI. L'ignipuncture est une opération simple, commode, efficace et inoffensive, à laquelle il faut donner la préférence. Dans trois ou quatre séances faites tous les 7 ou 8 jours on peut détruire complètement les amygdales par la rétraction tardive du tissu tonsillaire.

VII. Chez l'adulte, nous donnons la préférence au thermo-cautère.

VIII. Chez l'enfant, on peut indifféremment employer soit l'amygdalotomie, soit l'ignipuncture ou le galvano-cautère.

Je crois même que l'amygdalotomie est préférable dans le cas où il n'y a pas contre-indication, car à cause de la longueur du traitement l'enfant se prête mal aux cautérisations répétées.

VU PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juin 1892.

Le Recteur de l'Académie :

J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juin 1892.

Le Doyen :

MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Dictionn. encyclop. des sc. méd. (art. sur les amygdales).
Dictionn. de chirurg. pratique (art. sur les amygdales).
TILLAUX. — Anatomie topographique.
FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
SAPPEY. — Anatomie.
VERDENAL. — Essai sur la destruction des amygdales hypertrophiées.
(Thèse de Nancy, 1882.)
ZUCKERKANDL. — Zur Frage der Blutung nach. Tonsillotomie.
GACHE. — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-
cautérisation. (Thèse de Paris, 1888.)
DE SAINT-GERMAIN. — Chirurgie des enfants.
RICORDEAU. — Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie. Du
traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cau-
térisation ignée. (Thèse de Paris, 1886.)
DÉSIRÉ. — Amygdalotomie et ignipuncture. (Thèse de Paris, 1890.)
CHAUVEAU. — Essai sur l'hypertrophie amygdalienne. (Thèse de
Paris, 1888.)
DODARD. — Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par
l'ignipuncture. (Thèse de Bordeaux, 1889.)
CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine, t. III.
WRAGHT. — Hémorrhagies après l'amygdalotomie. (New-York méd.,
1890.)
WALKER. — Des hémorrhagies relatives à l'amygdalotomie. (Edim-
bourg médical, 1886.)
VALET. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipunc-
ture. (Gaz. des Hôp., 1888.)
DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
Revue des sc. méd. Hémorragie après l'ablation, 1887-1888-1889.

- LEWIS. — Trois cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie. (Brit. journ. med., 1888.)
- HALL. — Hémorrhagie après l'amygdalotomie. (New-York méd., 1891.)
- MOURE. — Amygdalotomie et hémorrhagie. (Bull. de la Soc. de chir., XVI.)
- BUTTER. — Hémorrhagie après l'amygdalotomie. (New-York méd., 1890.)
- DUDEFAY. — Amygdalotomie et ignipuncture. (Gaz. des Hôp., 1890.)
- ARBUTHNOT LANE. — Hémorrhagie après l'amygdalotomie. (Sem. méd., 1892.)
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

EXPLICATION DES FIGURES

Fig. 1. — Coupe horizontale à travers le pharynx (d'après Luschka).

V vertèbre ; **Ci** carotide interne ; **Pg** arc palato-glosse ;
Pti muscle ptérygoïdien interne ; **Stp** muscle stylo-pharyngien ; **Stg** muscle stylo-glosse ; **Sth** muscle hyoïdien ; **Mi** mâchoire inférieure ; **Gp** nerf glosso-pharyngien.

Fig. 2. — Région rétro-tonsillaire de la cavité buccale préparée par

l'enlèvement de l'amygdale. Sortie directe de l'artère tonsillaire par la carotide externe. **Pp** arc palato-pharyngien ; **Pg** arc palato-glosse ; **L** luette ; **Pti** muscle ptérygoïdien interne ; **Stg** muscle stylo-glosse ; **Stp** muscle stylo-pharyngien ; **F** partie de la couche de graisse ; **T** artère tonsillaire ; **Gp** nerf glosso-pharyngien.

Fig. 3. — Même partie que dans la figure 2. Sortie de l'artère ton-

sillaire par une des artères palatines ascendantes. **Apa** artère palatine ascendante ; **V** veine correspondante ; **At** artère tonsillaire ; **Vt** veine tonsillaire.

